NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

TEMAS EM SAÚDE

O QUE É SAÚDE?

O que é saúde?

Naomar de Almeida Filho

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, 160 p. Temas em saúde collection. ISBN: 978-85-7541-343-2. https://doi.org/10.7476/9788575413432.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

O Que É Saúde?

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Presidente
Paulo Ernani Gadelha Vieira
Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação
Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ
Diretora
Nísia Trindade Lima

Editor Executivo
João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos
Gilberto Hochman
Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial
Ana Lúcia Teles Rabello
Armando de Oliveira Schubach
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Gerson Oliveira Penna
Joseli Lannes Vieira
Lígia Vieira da Silva
Maria Cecília de Souza Minayo

Coleção Temas em Saúde

Editores Responsáveis
Maria do Carmo Leal
Nísia Trindade Lima
Ricardo Ventura Santos

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

O Que É Saúde?

EDITORA
FIOCRUZ

Copyright © 2011 do autor
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Capa e projeto gráfico
Carlota Rios

Editoração
Robson Lima

Supervisão editorial
Janaina de Souza Silva

Revisão
Jorge Moutinho

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A447s Almeida Filho, Naomar de

O que é saúde? / Naomar de Almeida Filho. — Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2011.
160 p. (Coleção Temas em Saúde)

ISBN: 978-85-7541-220-6

1. Saúde Pública. 2. Epidemiologia. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.4

2011
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Sumário

Apresentação 7

1. Saúde como Problema 15

2. Saúde como Fenômeno 29

3. Saúde como Medida 53

4. Saúde como Ideia 73

5. Saúde como Valor 89

6. Saúde como Campo de Práticas 105

7. Saúde como Síntese 125

Conclusão 141

Referências 151

Sugestões de Leituras 155

Apresentação

O que é saúde? Comecei a me preocupar com essa questão em meados da década de 1980, durante minha formação como docente e pesquisador na área da epidemiologia. Inicialmente, essa preocupação expressava apenas leve insatisfação com a flagrante pobreza teórica do campo epidemiológico. Nas décadas seguintes, meu sentimento de insatisfação tornou-se cada vez mais forte e recorrente na medida em que, por um lado, verificava entre meus colegas de pesquisa clara hegemonia da racionalidade metodológica imediata, revelada por uma quase despreocupação com temas filosóficos e teóricos. Por outro lado, constatava a urgência de preencher essa enorme lacuna epistemológica, imprescindível para o processo histórico de constituição do campo da saúde coletiva.

Para piorar o meu incômodo, em certo momento, líderes intelectuais e institucionais prometeram "saúde para todos" e até marcaram prazo de atendimento! E com direito a *slogan* – 'Saúde para Todos no Ano 2000' – e marca publicitária: SPT-2000. Pois bem, o ano 2000 chegou, passou e, além de alguma tensão provocada pelos boatos do *bug* do milênio, ninguém se sentiu mais sadio naquele ano. Hoje, passados mais de dez anos, nem se fala mais no assunto. Mesmo assim, ou melhor, por isso mesmo, ou, melhor ainda, mais do que nunca, penso que precisamos

retomar o debate filosófico, teórico, metodológico e pragmático sobre saúde, doença e conceitos correlatos.

Para introduzir os leitores interessados nessa proposta, gostaria de começar com um rápido comentário crítico, carregando nas tintas da ironia.

No tempo em que a medicina se orgulhava de ser a arte de curar e a epidemiologia era apenas uma das ciências básicas da saúde, a vida parecia simples e fácil. Havia a segurança do diagnóstico, da doença e da causalidade, da bioestatística e do conceito de risco, da terapêutica precoce e da profilaxia. Objetos de conhecimento e de intervenção apresentavam-se como alvos grandes e lentos, escandalosamente visíveis, definidos com precisão, complacentes, esperando alguma ação, de preferência preventiva. Sabiam todos que, cedo ou tarde, pelo conhecimento de causas e ciclos evolutivos das doenças, tais objetos seriam validados pela ciência epidemiológica. Dela, exigia-se apenas a produção de um saber complementar ao saber clínico, capaz de proteger corpos, populações e ambientes de vetores, agentes mórbidos e fatores de risco, erradicando-os ou controlando-os, desse modo prevenindo a ocorrência de doenças, agravos e suas complicações.

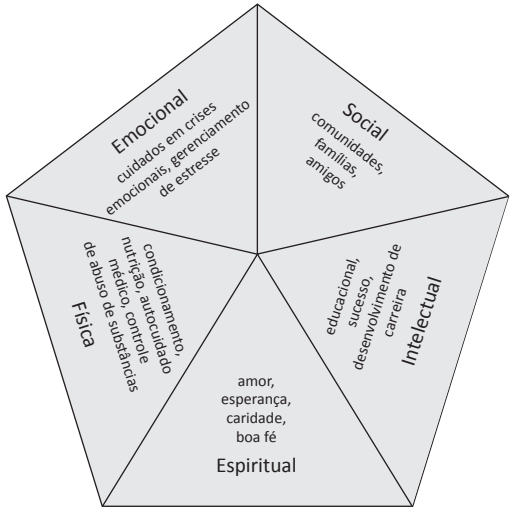
Em 1946, talvez buscando alívio para o espírito depressivo do pós-guerra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reinventou o nirvana e chamou-o de 'saúde': "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade".

À primeira vista, poderíamos não dar atenção a essa intrigante definição que teve o duvidoso mérito de alimentar, em todo o mundo que se diz civilizado, um novo misticismo sanitário. Porém,

não acredito que se deva fingir indiferença perante o poder simbólico das ideologias, principalmente quando catalisam tanto desejo e energia e criam burocracias tão poderosas quanto eficientes no que se refere à própria reprodução. Assim, os competentes burocratas rapidamente se mobilizaram para saber do que se tratava e como se poderia obter aquele 'todo completo' sobre o qual somente se informava que não é o 'nada da doença'.

Como efeito desse processo, no contexto sanitário dos países industrializados, emergiu um movimento ideológico, com características ecumênicas, denominado promoção da saúde. Promoção, os sanitaristas de carreira, melhor que ninguém, sempre souberam do que se trata. Definir o que é saúde, entretanto, parecia bem mais difícil. Os novos evangelistas então convocaram publicitários, artistas gráficos, gurus e até mesmo alguns pesquisadores, que contribuíram com logotipos, esquemas e desenhos interessantes, ampliando cada vez mais o 'todo completo', incluindo novas modalidades de bem-estar, sempre a garantir que isso nada tem a ver com doença. Produziram-se grafismos, truísmos e tautologias das mais variadas e exóticas formas, como o caso extremo apresentado na Figura 1, por exemplo, em que saúde aparece como uma mandala totalizante das virtudes e dos valores humanos.

Figura 1 – Dimensões da saúde integral



Fonte: *apud* Almeida-Filho, 2000a.

Em 1978, tomados por espírito transcendental e piedoso, os dirigentes da OMS escolheram um lugar remoto, bem espiritualizado, chamado Alma, Alma Ata, para fazer o lançamento de uma campanha mundial pela atenção primária à saúde, estratégia que supostamente cumpriria a promessa de universalização da saúde. Países pós-modernos como Canadá, Holanda e Brasil se engajaram com entusiasmo, terminando por estabelecer, nas respectivas constituições, que a saúde é direito de todos os cidadãos e cidadãs e que é compromisso de cada governo promovê-la como dever fundamental dos respectivos estados. No caso do Brasil, a Constituição Federal promulgada em 1988, no seu artigo 196, reza:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Resultado desse movimento quase carismático: hordas de sanitaristas, ex-preventivistas, funcionários internacionais, nacionais, regionais e locais, planejadores e gestores, ex-seminaristas, candidatos aos cargos dos funcionários internacionais, nacionais, regionais e locais, militantes, ativistas, enganados e desenganados, iludidos e desiludidos, todos querem saber o que é saúde.

A partir daí, a sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas que supostamente deveriam saber o que é, como se mede e como se promove 'essa tal de saúde'. Traduzindo em linguagem apropriada, esse movimento implica enorme demanda epistemológica resultante de ampla pressão social, política, institucional e ideológica. Para atendê-la de modo sério e responsável, o saber científico sobre causas de doenças, que insiste em manter-se bio-médico-clínico em forma e conteúdo, aparentemente pouco teria a contribuir.

Naquele tempo, enquanto a promoção da saúde consolida-se como movimento supraideológico e transnacional, uma 'Internacional Sanitarista' tão ubíqua quanto a velha Internacional Socialista do século XIX, cria-se uma curiosa crise de identidade institucional, política e profissional no campo da saúde coletiva, expressa como um problema epistemológico básico que se apresenta na forma de uma pergunta: se saúde é o nosso objeto, afinal, o que é saúde?

Tal questão se mantém ainda hoje como um desafio, provocado por essa justa demanda social e política. Tenho uma hipó-

tese sobre essa lacuna teórica que, desde já, gostaria de compartilhar. Penso que isso ocorre simplesmente porque o conceito de 'saúde' ironicamente constitui um dos pontos cegos paradigmáticos das ciências da saúde em geral, e da saúde coletiva em particular. Com a expressão 'ponto cego', refiro-me a problemas ou questões que os próprios paradigmas científicos, consubstanciados pelos agentes históricos engajados na prática institucional da pesquisa, não permitem 'ver' ou sequer toleram que sejam vistos. Nessa perspectiva, explicitada em outra oportunidade (Almeida-Filho, 2000b), diversas questões de fundo constituem problemas teóricos e desafios epistemológicos a demandar superação:

- Como conceituar a saúde? Será possível defini-la por meio de um recorte único, com auxílio de uma teoria capaz de transmigrar dos níveis individual-singular aos níveis coletivo-social?
- Como harmonizar a noção intuitiva de saúde como ausência de doença com uma concepção positiva de saúde?
- Como avançar em direção a uma concepção integrada de saúde, contemplando a historicidade do conceito e sua aplicabilidade como noção capaz de subsidiar processos de transformação das situações e condições de saúde?

Neste livro, apresento uma súmula de quase duas décadas de estudos, reflexões e escritos sobre o conceito de saúde, visando à identificação e à produção de referenciais teóricos e metodológicos capazes de subsidiar o esforço de construção do campo da saúde coletiva. Pretendo fazê-lo de modo breve e objetivo, em linguagem acessível, nos limites da minha competência, focalizando distintas facetas da saúde como conceito filosófico, científico e prático.

Em termos de conteúdo, este volume sintetiza e reavalia alguns artigos sobre conceitos de saúde, doença, cuidado e correlatos que resultaram de rico e fecundo intercâmbio intelectual com Juan Samaja, Moacyr Scliar, Jairnilson Paim, Denise Coutinho, Roberto Passos Nogueira, Moisés Goldbaum, José Ricardo Ayres, Rita Barata, Dina Czeresnia, Luis David Castiel, Lígia Vieira da Silva, Vládia Jucá, Maria Fernanda Peres, Maria Thereza Coelho, além de outros companheiros engajados na construção de uma teoria crítica da saúde. Esses textos foram publicados em revistas especializadas, com circulação restrita a assinantes e bibliotecas universitárias. Por isso, penso que se justifica plenamente uma divulgação mais ampla dessa discussão entre estudantes, pesquisadores e profissionais da área da saúde e junto ao público interessado na problematização da saúde-doença na sociedade.

Enfim, se conceituarmos os fenômenos da saúde-doença como processos sociais e se aceitarmos o suposto de que processos sociais são históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos da pesquisa científica em saúde. Para isso, torna-se urgente conceber e utilizar abordagens capazes de fazer justiça à natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos a vida, a afl ição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte – a saúde, enfim, que ocorrem em agregados humanos históricos. É disso que trata este pequeno livro.

1 | Saúde como Problema

O que é saúde, afinal? Para responder a tal questão, podemos tomar como pressuposto, apenas para início de apreciação analítica, que a saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. Essa linha de problematização e as hipóteses dela decorrentes se desdobram num debate atual e oportuno a propósito das bases filosóficas, científicas e práticas do conhecimento sobre fatos e fenômenos, ideias e processos relativos a saúde.

Neste capítulo, apresento uma proposta de discussão sistemática e de problematização desse conceito, começando por uma introdução histórico-etimológica como fundamento para uma rápida exploração da questão epistemológica da saúde.

Etimologia e Glossário

O que significa 'saúde', do ponto de vista etimológico?

'Saúde' em português, *salud* em castelhano, *salut* em francês e *salute* em italiano (estes últimos com uma conotação específica de saudação) derivam de uma mesma raiz etimológica: *salus*. Proveniente do latim, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. Dele deriva outro radical de inte-

resse para o nosso tema, *salvus*, que, já no latim medieval, conotava a situação de superação de ameaças à integridade física dos sujeitos. *Salus* provém do termo grego *holos* (ὅλος), no sentido de todo, totalidade – raiz dos termos holismo, holístico, tão em moda atualmente – que foi incorporado ao latim clássico por meio da transição *s'olos*. Por sua vez, a raiz indo-germânica de *holos* é o vocábulo *kailo*, também significando total, inteiro.

Santé no idioma francês, *sanidad* em castelhano, juntamente com o adjetivo 'são' no vernáculo, provêm do latim medieval (*circa* 1050) *sanus*, que portava duas conotações básicas: 'puro, imaculado, perfeito', além de 'certo, correto, verdadeiro'. O termo tem origem no vocábulo grego σαο, com o sentido de verdadeiro. De *sanitas*, designativo da condição de *sanus*, deriva diretamente sanidade, sanitário e sanatório, além naturalmente de *sanidad* (em castelhano) e do vocábulo *santé*, pelo francês arcaico *saniteit*.

No idioma alemão, em que saúde é *Gesundheit*, observa-se uma curiosa variante semântica. O termo resulta do prefixo *ge-* e do radical *sund*, que significa sólido, firme (como no vocábulo anglo-saxão *sound*), sendo *-heit* apenas um sufixo indicativo de capacidade ou faculdade. Outros autores propõem uma base etimológica diversa: o vocábulo milenar germânico *Gesundheit* implicaria diretamente a ideia de integralidade ou totalidade (*Ganzheit*).

Dessa breve exploração semântica, o que ressalta como mais interessante será certamente a história etimológica do termo *health*, saúde em inglês. Em sua forma arcaica (*healeth*) equivale a *healed*, no sentido de tratado ou curado, particípio passado do verbo *to heal*. No tronco escandinavo, como no idioma sueco, por exemplo, saúde é *hölsa*. Todos os vocábulos dessa família semântica provêm de *höl*, termo germânico antigo que designa inteireza e

que, por seu turno, também refere-se ao radical grego *holos*. Digno de nota ainda é que *höl* origina *hölig* (germânico antigo), raiz do vocábulo *holy*, que significa 'sagrado' no inglês moderno. Em português, o termo 'são' também aparece como sinônimo de 'sagrado ou santo', tal como aparece na designação dos fundadores da Igreja Católica Romana, 'São' Pedro e 'São' Paulo.

Antes de prosseguir, cabe propor um glossário para demarcação semântica no que concerne ao conceito de 'doença' e correlatos.

É difícil estabelecer quem foi o primeiro autor a postular, de modo sistemático, uma distinção entre *disease*, *illness* e *sickness*. Para justificar uma diferença semântica pelo menos entre os dois primeiros termos, buscou-se inicialmente a referência ao senso comum. No tradicional dicionário *Oxford*, *disease* significa "uma condição do corpo, ou de alguma de suas partes ou órgãos, cujas funções encontram-se perturbadas ou prejudicadas", e *illness* é definida simplesmente como "qualidade ou condição de estar enfermo (em vários sentidos)".

O idioma inglês, matriz da literatura específica sobre temas de saúde, guarda sutis distinções de sentido em relação aos conceitos de doença e correlatos, por meio de uma série significante bastante diversificada: *pathology-disease-disorder-illness-sickness-malady*. Tal série refere-se a um glossário técnico particular que, em face da crescente importância no discurso científico contemporâneo, merece algum investimento para a comunicabilidade imprescindível à compreensão desse importante debate.

Por esse motivo, consideramos importante e oportuno propor uma equivalência terminológica em português (Almeida-Filho, 2001), mesmo reconhecendo algum grau de arbitrariedade e incompletude em proposições dessa natureza:

- *pathology* = patologia
- *disease* = doença
- *disorder* = transtorno
- *illness* = moléstia
- *sickness* = enfermidade
- *malady* = mal-estar

A escolha dos termos 'patologia' e 'doença' parece óbvia, o primeiro por sua correspondência semântica e ortográfica direta e o segundo pela dominância do designativo no idioma português. O termo 'transtorno' também já está definido como tradução para *disorder* na versão brasileira da *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª versão.

A opção pelo vocábulo 'moléstia' para designar *illness* e de 'enfermidade' para *sickness* justifica-se pela etimologia dos termos. A palavra moléstia refere-se à percepção e à reação individual (sentir-se mal, molestado) ante incômodo e sofrimento; origina-se de 'mal-estar', portanto indicando sentimento ou percepção subjetiva do sofrimento, tanto que, no idioma espanhol, *molestar* quer dizer incomodar. O termo enfermidade traz clara acepção de controle social da doença, resíduo linguístico do tempo em que a principal prevenção de doenças infectocontagiosas era o isolamento ou confinamento. Remete diretamente ao caráter de reação societal à doença, uma vez que sua etimologia vem de encerrar, aprisionar (no idioma francês, *fermer* significa fechar).

Buscando alternativas ao uso ampliado do conceito de doença, que propiciava confusões de ordem lógica e semântica, outros autores de língua inglesa propuseram um conceito mais genérico – *malady*. Tal conceito denotaria o universo das categorias de referência a danos ou ameaças à saúde dos indivíduos, incluindo

tanto as distintas classes de doença, enfermidade ou moléstia quanto aqueles eventos, estados e processos dificilmente classificáveis como doença ou patologia, tais como transtorno, disfunção, dependência, defeito, lesão, trauma etc. Não obstante a correta intenção da proposta, o conceito de 'mal-estar' não aparece no discurso técnico da clínica, nem no discurso teórico da sociologia da saúde, sendo referido, na maioria das vezes, como curiosidade semântica reveladora da insuficiência do conceito geral de doença.

Saúde: um problema filosófico e científico

Conceitos de saúde-doença sempre despertaram interesse dos pensadores de nossa cultura, desde os momentos fundadores da filosofia ocidental. Praticamente todos os filósofos clássicos, em um momento ou outro de suas obras, referem-se a questões de saúde. Sem dúvida, a natureza da saúde constitui questão filosófica secular, quiçá do porte do Paradoxo de Russell ou do Problema de Hume (Almeida-Filho, 2001). Proponho demarcar a questão da saúde enquanto objeto de conhecimento como o Problema de Kant-Gadamer.

O grande filósofo grego Platão, num clássico intitulado *A República*, apresenta um argumento socraticamente formulado para defender a proposição de uma oposição conceitual entre virtude e vício. Virtude significa 'saúde, beleza, boa disposição de ânimo'; ao contrário, vício implica 'doença, feiúra, fraqueza'. Com a intenção de demarcar uma diferença essencial entre os conceitos, Platão põe na boca de Sócrates a seguinte afirmação:

> Engendrar a saúde é estabelecer, conforme a natureza, relações de comando e submissão entre os diferentes elementos do corpo; engendrar a doença é permitir-lhes comandar ou ser

> comandados um pelo outro ao arrepio da natureza. (...) Pela mesma razão, engendrar a justiça não significa estabelecer, conforme a natureza, as relações de comando e submissão entre os diferentes elementos da alma? E engendrar a injustiça não significa permitir-lhes comandar ou ser comandados um pelo outro ao arrepio da natureza? (Platão, 2004: 146)

Aristóteles apresenta a díade saúde-doença como ilustração de que opostos se encontram em contradição não necessariamente por serem um verdadeiro e outro falso. Para ele, dizer que 'o homem é sadio' significa atribuir-lhe uma qualidade afirmativa; do mesmo modo, dizer 'o homem é doente' também é atribuir-lhe uma qualidade afirmativa. Nesse sentido, 'doente' e 'não sadio' não querem dizer a mesma coisa. Assim, Aristóteles conclui que:

> por exemplo, saúde e doença são contrários, mas nem um nem outro é verdadeiro nem falso. (...) o bom é ao mesmo tempo bom e não mau; a primeira destas qualidades pertence-lhe por essência, e a segunda, por acidente, pois só por acidente o bom é mau. (Aristóteles, 1985: 164)

Conforme analisado por Canguilhem (1990), na época moderna, vale a pena destacar os nomes de René Descartes e Immanuel Kant, filósofos cujas obras sem dúvida constituem marcos estruturantes da epistemologia da ciência.

Descartes desenvolve duas ideias centrais sobre saúde que parecem contestar a visão contemporânea predominante que toma o seu pensamento como mecanicista, reducionista e dualista. Por um lado, defende a ideia de que as sensações da enfermidade (dor, sofrimento) e das necessidades (sede, fome) – e, conforme indica implicitamente, de saúde e de felicidade – resultam da união e da 'con-fusão' mente-corpo. Por outro lado, demonstra racionalmente a existência da alma ao duvidar que um mecanismo feito de

ossos, nervos, músculos, veias, sangue e pele possa funcionar devido à mera disposição de órgãos e sistemas.

Num pequeno livro reconhecido por estabelecer o conceito de autonomia acadêmica e por ter inspirado a reforma universitária humboldtiana – *O Conflito das Faculdades*, publicado em 1798 –, Kant traz duas interessantes questões relativas ao conceito de saúde: a primeira postula uma oposição dialética entre terapêutica (clínica, referida à doença) e dietética (preventiva, referida à saúde); a segunda questão implica o sentimento de saúde como uma das faculdades privadas do ser humano.

Na perspectiva terapêutica, gerada e praticada pela faculdade de medicina, a saúde não tem qualquer relevância, pois o que se pretende é a supressão ou eliminação da doença por fatores e procedimentos práticos. Na perspectiva da dietética como prevenção, concebida e tornada potencialmente viável na faculdade de filosofia (nome arcaico das protoescolas de ciências ou filosofia natural), buscava-se aplicar a racionalidade científica para proteger a saúde, reduzindo a possibilidade de ocorrência de doenças.

Em relação ao segundo ponto, o sentimento de saúde não pode deixar de ser ilusório, uma aparência fugaz, já que a sensação de bem-estar não implica que a doença esteja efetivamente ausente. O sentimento da doença, este sim, será indubitável e inapelável: sentir-se mal significaria sempre ausência de saúde. Não é difícil concluir que essa visão se coaduna perfeitamente com o pensamento de Kant, um sujeito audacioso, sensível e genial, porém corcunda, muito feio fisicamente, hipocondríaco, velho e doente aos 75 anos, e, durante toda a vida, mal pago professor da vetusta Universidade Albertina, situada na gelada e úmida capital da Prússia.

Grandes filósofos contemporâneos se notabilizaram justamente por escrever sobre temas de saúde e correlatos, como Canguilhem, Heidegger, Gadamer e Foucault. Dentre os estudiosos que mais se ocuparam do tema da saúde, destaca-se o francês Georges Canguilhem. Em sua obra inaugural, *O Normal e o Patológico*, publicada em 1943, que se tornou um clássico na filosofia das ciências, Canguilhem (2006) havia indicado que a definição médica de normal provém em grande medida da fisiologia, com base na positividade biológica do conceito 'doença'. Por isso, não se poderia considerar a doença como fato objetivo, posto que os métodos da ciência clínica só têm a capacidade de definir variedades ou diferenças, descritivamente.

Nessa perspectiva, os pares de conceitos normal-patológico e saúde-doença não seriam simétricos ou equivalentes, na medida em que normal e patológico não configuram conceitos contrários ou contraditórios. Para Canguilhem, o patológico não significa ausência de normas, mas a presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam ao indivíduo viver o mesmo modo de vida permitido aos indivíduos sadios. Assim, o patológico corresponde diretamente ao conceito de doença, implicando o contrário vital do sadio. As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais: a saúde institui e reafirma uma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da doença, permitindo dessa maneira instalar uma nova ordem fisiológica.

O grande pensador francês Michel Foucault (2011), considerado discípulo e herdeiro de Canguilhem, buscou estudar como surgiram padrões de normalidade no âmbito da medicina. No contexto de reconstrução cultural do século XVIII, buscava-se

intervir sobre o indivíduo humano, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico, para com isso recuperá-lo para a produção. Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal, passou a ser tarefa da medicina mental, da psicologia e das ciências sociais aplicadas. Nessa perspectiva, os conceitos implícitos na fase inicial da obra de Foucault revelam sua adesão a uma definição de saúde como capacidade adaptativa (ou submissão) aos poderes disciplinares.

Num adendo intitulado *Novas Reflexões Referentes ao Normal e ao Patológico*, Canguilhem (2006) toma a normalidade como categoria mais ampla, que engloba a saúde e o patológico como subcategorias distintas. Nesse sentido, tanto saúde quanto doença são normalidade, na medida em que ambas implicam uma norma de vida, sendo a saúde uma norma de vida superior, e a doença uma norma de vida inferior. A saúde transcende a perspectiva da adaptação, superando a obediência irrestrita ao modo de vida estabelecido. Ela é mais do que isso, na medida em que se constitui justamente pela transgressão de normas e pela transformação das funções vitais.

Canguilhem sistematiza suas reflexões sobre conceitos de saúde numa conferência pouco conhecida, ministrada na Universidade de Estrasburgo em 1988 e publicada em edição numerada de tiragem reduzida (Canguilhem, 1990). Nesse trabalho, após breve análise etimológica, remontando às ideias hipocráticas, observa que, ao longo da história, a saúde foi tratada como se não pudesse ser apreendida pela razão e, por isso, não pertencesse ao campo científico. Canguilhem analisa particularmente a obra de Kant que, como vimos, teria fundamentado a posição

de que a saúde é um objeto fora do campo do saber e que, por esse motivo, nunca poderia ser um conceito científico, mas sim uma noção vulgar, popular, ao alcance de todos.

A ideia de que a saúde é algo individual, privado, singular e subjetivo tem sido recentemente defendida pelo filósofo alemão Hans-Georg Gadamer, um dos principais expoentes da hermenêutica contemporânea. Segundo esse autor, o mistério da saúde encontra-se na sua interioridade radical, em seu caráter rigorosamente privado (Almeida-Filho, 2001). A saúde não se revela às outras pessoas nem se abre a instrumentos de medida, com outros gradientes biológicos. Por esse motivo, não faz sentido pensar em uma distinção entre saúde e enfermidade. Trata-se de uma questão que diz respeito somente à pessoa que está se sentindo enferma e que, por não poder mais lidar com as demandas da vida ou com os temores da morte, decide ir ao médico. A conclusão de Gadamer é singela: por seu caráter privado, pessoal, radicalmente subjetivo, a saúde não constitui questão filosófica e nunca poderá ser reduzida a objeto da ciência.

É certo que a perspectiva fenomenológica gadameriana em defesa da saúde privada, inerente, enigmática, radicalmente subjetiva, justificaria considerar a inviabilidade de uma abordagem científica da saúde. Entretanto, identifico o paradoxo de que uma das principais proposições de Gadamer resulta crucial para o avanço de uma formulação alternativa do objeto científico da saúde. Apoiando-se, como lhe é característico, num argumento etimológico, defende a ideia de que a saúde é inapelavelmente totalizante porque o seu conceito indica diretamente integralidade ou totalidade. Por essa via, como veremos adiante, a noção gadameriana do 'enigma da saúde' termina por abrir caminho a uma abordagem holística do conceito de saúde.

Canguilhem concordaria com a ideia de que a saúde é uma questão filosófica na medida em que passa longe do alcance dos instrumentos, protocolos e aparelhos da ciência, pois se define como livre e não condicionada (Coelho & Almeida-Filho, 1999). Essa 'saúde filosófica' recobriria, sem com ela se confundir, a saúde individual, privada e subjetiva. Trata-se nesse caso de uma saúde sem conceito, que emerge na relação práxica do encontro médico-paciente, validada exclusivamente pelo sujeito doente e seu médico. O saber clínico se atribui a missão de aplicar uma tecnologia e uma prática de proteção dessa saúde subjetiva, individual.

Entretanto, Canguilhem (1990) opõe-se à exclusão da saúde como objeto do campo científico, antecipando uma posição antagônica à de Gadamer. Ele considera que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio, daí o motivo por que a ideia de uma saúde filosófica não contradiz tomar a saúde como objeto científico. Enquanto saúde filosófica compreende saúde individual, saúde científica será a saúde pública, ou seja, uma salubridade que se constitui em oposição à ideia de morbidade. Com base nesse argumento, a saúde filosófica não incorpora apenas a saúde individual, mas também o seu complemento, reconhecível como uma saúde pública, ou melhor, publicizada (ou melhor ainda, politizada), que no Brasil chamamos de saúde coletiva (Paim & Almeida-Filho, 2000).

Questões de Saúde

Neste capítulo, afirmei que o termo saúde designa um conceito de grande interesse científico e filosófico, tanto quanto

noções do discurso comum, centrais para o imaginário social contemporâneo. A saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas).

Além disso, argumentei que se trata de uma questão conceitual de grande importância que nos remete a uma série de perguntas sobre esse tema/problema. Por um lado, é preciso propriamente perguntar sobre natureza e propriedades do conceito de saúde, em si, como objeto de conhecimento e como operador de transformações no mundo e na vida dos sujeitos que nele habitam. Eis aí uma questão fundamental: será a saúde uma coisa? Mas o que é uma 'coisa'? Um algo com materialidade, tangível, mensurável? Uma existência sensível (no sentido de capaz de ativar nosso aparato sensorial)? Um ente provido de concretude? (Não esqueçamos que, por muito tempo, falava-se de 'entidade mórbida' para designar quadros de doença, problemas de saúde ou fenômenos correlatos).

Por outro lado, é preciso questionar o sentido e o lugar das práticas pessoais, institucionais e sociais que, de modo articulado, conformam os espaços em que a saúde se constitui. Será a saúde um campo cultural? Campo científico, campo de saberes, campo de práticas sociais? E que natureza, modalidades e condições de existência distinguem tais práticas de tantas e tão diversas práticas da vida humana em sociedade? Nesse caso, designar atos de proteção, cuidado e prolongamento da vida como serviços de saúde seria apenas uma metonímia?

Em suma, várias dimensões ou facetas do conceito saúde, reconhecidas por diversos autores, representativos de distintas escolas de pensamento, compõem a pauta deste nosso debate:

1. Saúde como fenômeno; fato, atributo, função orgânica, estado vital individual ou situação social, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidade, ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas.

2. Saúde como metáfora; construção cultural, produção simbólica ou representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas.

3. Saúde como medida; avaliação do estado de saúde, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores econométricos de salubridade ou carga de doença.

4. Saúde como valor; nesse caso, tanto na forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto na de direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea.

5. Saúde como práxis; conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operado em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais.

Ao longo dos capítulos que compõem este livro, cada um desses conceitos será sucessivamente apresentado e discutido, destacando sua diversidade de formas e realçando suas nuances. Pretendo concluir com a proposição de uma concepção holística da saúde, integradora das diversas facetas, modos e estruturas

conceituais, respeitosa da complexidade dos fenômenos, eventos e processos da saúde-doença-cuidado nos seus diversos planos de existência, do biomolecular ao ecossocial.

2 | Saúde como Fenômeno

Concepções de saúde, bem sabemos, podem indiciar fenômenos ou entidades de interesse científico. Desse ponto de vista, a saúde pode ser conceituada como fato, evento, estado, situação, condição ou processo. Independentemente da modalidade epistemológica assumida pelo conceito, saúde como fenômeno pode ser entendida tanto em termos da positividade de sua existência quanto em relação aos níveis de sua referência como objeto de estudo.

Com base no primeiro aspecto, saúde tem sido definida negativamente ou positivamente. Na concepção negativa, o termo saúde implica mera ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades. Na vertente positiva, saúde pode denotar desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções.

No que se refere ao segundo recorte, que compreende níveis de referência ou planos de existência, fenômenos de saúde ocorrem em níveis coletivos (populacional ou social) e individuais (subjetivo ou clínico). No primeiro nível, em âmbito coletivo ou agregado, conceitos de saúde têm sido postulados como estado, situação ou condição atribuída a grupos ou populações humanas, em espaços geográfica ou politicamente definidos, ecologicamente estruturados e socialmente determinados. Nessa acepção, medidas e indicadores de saúde têm sido desenvolvidos e aplicados, particularmente nos campos disciplinares da

epidemiologia e da economia da saúde, com base em referencial metodológico numérico ou estatístico. Tal vertente será tratada no capítulo seguinte.

Neste capítulo, pretendo analisar o segundo nível ou plano de ocorrência, saúde em âmbito individual ou singular. Nesse nível, conceitos de saúde têm sido considerados como referência à capacidade, ao estado ou à condição individual, numa perspectiva predominantemente fisiopatológica que se situa, mais precisamente, nos subcampos do campo científico da biologia humana. Nessa vertente, o termo tem sido relacionado a uma, ou a mais de uma, das seguintes ideias: 1) função regulada ou padrão normal de adaptação bioecológica; 2) estado resultante da manutenção ou do restabelecimento de um equilíbrio dinâmico organismo-ambiente; 3) controle ou neutralização de agentes, estímulos e processos patológicos; 4) condição resultante da correção de defeito, lesão, falta ou déficit em organismos vivos.

Saúde e Equilíbrio

A mais antiga teoria naturalista sobre sofrimento, doença, vida e morte, ainda vigente, atribuída a Hipócrates, mítico pai da medicina, toma a saúde como estado de equilíbrio vital. Os hipocráticos consideravam o homem como um sistema organizado e definiam a doença como uma desorganização desse estado. Compilada no *Corpus Hipocraticus*, coletânea de tomos sobre saúde, doença e terapêutica da Escola de Cós, essa doutrina postulava a existência de quatro humores constituintes do corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. No modelo hipocrático, a saúde era definida como perfeito equilíbrio

entre os humores e desses com os quatro elementos constituintes do mundo: ar, fogo, terra e água. O tomo intitulado "Ares, águas, lugares" abordava os fatores ambientais ligados à saúde e à doença, antecipando um conceito ecológico de saúde-enfermidade.

A metáfora da saúde como equilíbrio e da doença como descompensação persiste em diferentes cosmologias. Nas culturas asiáticas, as noções de saúde e de doença predominantes ainda hoje conservam o essencial das antigas tradições hipocrática e galênica da medicina. Ou seja, nessas culturas acredita-se em forças vitais que animam o corpo: quando essas forças operam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas desses sistemas médicos tradicionais (ventosas, sangrias, acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar fluxo normal de energia no corpo doente e recuperar o equilíbrio na sua relação com o ambiente.

As noções de saúde como harmonia entre ambientes e humores há muito tempo encontram-se presentes nas teorias médicas clássicas, dos precursores árabes Avicena e Averróis, nos séculos X e XI, aos fundadores da clínica moderna Thomas Sydenham, na Inglaterra, e Xavier Bichat, na França, nos séculos XVII e XVIII. Entretanto, essa concepção ganha força particular e embasamento científico no século XIX, com o advento da medicina experimental de Claude Bernard, quando surgem as ideias de meio interior e princípio de autorregulação. Com a fisiologia sistêmica de Bernard, o tema do equilíbrio ganhou novas formas e forças na modelagem da homeostase e na redefinição do conceito de equilíbrio hidroeletrolítico em bases biomoleculares (Coelho & Almeida-Filho, 1999).

Na perspectiva darwiniana da evolução biológica, principal avanço das ciências da vida no século XIX, a doença infecciosa significa um acidente na competição entre duas espécies. Num período de tempo suficientemente longo, a espécie humana e os microrganismos patogênicos tendem a adaptar-se mutuamente. O patógeno passa gradualmente da situação de parasita à de comensal. As relações agente-hospedeiro atravessam etapas que se iniciam com grandes flutuações epidêmicas, variando ciclicamente em ondas cuja intensidade vai se fazendo decrescente até transformar-se em endemia. A par de modificações quantitativas, ocorrem importantes modificações qualitativas quanto à gravidade do quadro clínico e à letalidade. No começo, a enfermidade é grave e mortal, para ir se tornando gradualmente mais benigna à medida que uma adaptação mútua se processa.

Também as chamadas doenças crônicas degenerativas podem ser interpretadas numa abordagem biológica evolutiva. A ocorrência de patologias pode significar o preço pago pela espécie humana em sua adaptação a novas condições ambientais. Modificações em dieta podem ser responsabilizadas por quadros metabólicos; novas substâncias de alto potencial alergênico, sintetizadas pela indústria e lançadas no ambiente, podem alterar significativamente o sistema imunológico humano. A transição demográfica implica aumento da expectativa de vida, o que permite o aparecimento de processos neoplásicos degenerativos. A mudança cultural provocada pela modernização e a adaptação à vida urbana causam sedentarismo e estresse, provocando sobrecarga fisiopatológica para o sistema circulatório e aumentando o risco de transtornos mentais.

A compreensão da doença como excesso ou falta é mais evidente quando se trata de sintomas resultantes da exacerbação ou da redução das funções normais, designados por prefixos greco-latinos referentes a excesso ou falta, como hiperglicemia e hipoglicemia, hipertensão e hipotensão. Tais abordagens articulam-se em modelos dinâmicos de patologia, nos quais a ideia de compensação não se resume a suprimento de carências, mas implica estratégias diagnósticas e terapêuticas de 're-equilibração' dos processos metabólicos e sistêmicos. A despeito das diferentes interpretações do que seria o conceito de 'equilíbrio' no âmbito da saúde, o que possibilita o tratamento e o restabelecimento de pacientes com doenças crônicas não infecciosas, como transtornos mentais, diabetes e hipertensão, são as noções de saúde como equilíbrio, doença como descompensação e cura como sinônimo de estabilização.

Uma crítica rigorosa do conceito de saúde como equilíbrio e harmonia foi desenvolvida por Christopher Boorse, filósofo norte-americano, estudioso da biologia e das ciências biomédicas (Almeida-Filho & Jucá, 2002). Em vários artigos publicados em três décadas, Boorse revisa metodicamente abordagens dos conceitos de saúde ou de doença como: 1) valor; 2) normalidade estatística; 3) ausência de dor, sofrimento ou desconforto; 4) ausência de incapacidade; 5) adaptação e equilíbrio. Preliminarmente, assinala que a detecção de lesões e de processos patológicos sem sinais e sintomas, bem como a ocorrência de dor e desconforto em processos não patológicos como parto, menstruação e dentição, limita a validade do conceito de saúde como quadro clínico invertido. Nesse sentido, reconhece que o bem-estar e a plena capacidade dos sadios contrastam com a incapa-

cidade, a dor e o sofrimento dos doentes. No entanto, algumas doenças não provocam qualquer tipo de incapacidade, e certas incapacidades são fisiologicamente típicas de etapas do ciclo vital normal. Finalmente, Boorse considera abordagens que articulam o conceito de saúde com as noções biológicas de seleção, adaptação e meio ambiente limitadas, uma vez que existem variações adaptativas capazes de produzir patogênese. Teorias de saúde baseadas no conceito fisiológico de homeostase e na noção ecológica de equilíbrio são refutadas com base em contraexemplos de doenças (surdez, paralisia, esterilidade) que não constituem quebra de equilíbrio ou desregulação.

Saúde como Função

Boorse detalha seu modelo teórico num ensaio intitulado "Health as a theoretical concept" (*apud* Almeida-Filho & Jucá, 2002), em que propõe uma perspectiva funcionalista fundada sobre os conceitos de classe de referência e desenho da espécie: proposições de função referem-se a características da espécie ou população, nunca a indivíduos. Daí sua concepção chamar-se também estatística: espécies ou populações admitem média estatística para conformar seus 'tipos- ideais'. Boorse adverte também para o fato de que a categoria não é inconsistente com a biologia evolucionista e, para justificar o conceito de classes de referência, considera ainda diferenças de sexo e idade intraespecíficas. Finalmente, propõe o conceito de desenho da espécie: uniformidade da organização funcional ou "hierarquia típica de sistemas funcionais entrelaçados que apoiam a vida de organismos daquele tipo" (Boorse *apud* Almeida-Filho & Jucá, 2002: 882).

O filósofo norte-americano considera que funções biológicas operam visando a objetivos determinados – basicamente, sobrevivência e reprodução. A queda na eficiência de uma dessas funções biológicas, completa ou parcialmente, seria determinante de processos patológicos. Para definir o que é esperado de uma função biológica, Boorse recorre à estatística, segundo a qual seria possível estabelecer critérios de funcionamento esperados para uma determinada classe, compreendida como grupo natural de organismos com desenho funcional uniforme, geralmente delimitado pela espécie e pelo sexo. Para ele, organismos orientam-se teleologicamente e são capazes de se ajustar a mudanças ambientais para alcançar uma meta 'programada'. Enfim, restringe o escopo da sua análise: diferentes subcampos da biologia reconhecem distintas metas e funções, mas somente o subcampo da fisiologia, cujas funções de interesse são sobrevivência individual e reprodução, tem relevância para a saúde.

Boorse define 'funcionamento normal' pela referência ao termo 'eficiência', novamente tomando o âmbito da população como base para sua definição de 'normalidade estatística'. Aplica esse construto tanto para doenças que se manifestam como enfermidade quanto para aquelas condições latentes ou assintomáticas (Almeida-Filho & Jucá, 2002). A fim de poder usar o conceito de função para definir saúde, propõe como alternativa o conceito de funcionamento normal capaz de tornar o funcionamento orgânico em estado ou condição de normalidade (funcional). Como ilustração, identifica fenômenos patológicos que propõe descartar como anomalias teóricas: 1) enfermidades estruturais – dextrocardia, deformidades menores etc. – não poderiam ser identificadas como doença porque não representam

'problemas de saúde'; 2) enfermidades universais – cárie, aterosclerose etc. – também não deveriam ser assim classificadas porque transgridem o critério bioestatístico de saúde.

Finalmente, de modo intrigante ou paradoxal, Boorse termina por definir doença como ausência de saúde, agregando comentários quase irônicos sobre conceitos positivos de saúde. Corretamente associa-os às propostas da medicina preventiva e da saúde comunitária e, mais corretamente ainda, descobre que isso ocorre mais no plano retórico e no plano das práticas, porque nessas tendências ou movimentos o que se busca prevenir é a doença (Almeida-Filho & Jucá, 2002).

Vejamos passo a passo o raciocínio-base da perspectiva boorseana:

1. doença é um conceito teórico;
2. enfermidade constitui uma subclasse (prática) do conceito;
3. portanto, a saúde terá duas definições, ambas negativas:
   a) oposto de doença (saúde teórica);
   b) oposto de enfermidade (saúde prática).

Em sua ofensiva contra a positividade do conceito de saúde, Boorse critica propostas de equivalência entre saúde e 'vida boa' (no sentido do ideal platônico) caracterizando-as como ingênuas, expressão de 'vã esperança' de tratar valores pessoais e morais com objetividade científica. Ele analisa três concepções de saúde positiva, usando o exemplo da capacidade atlética como parâmetro extremo de potencial individual (*individual potential*), de potencial da espécie (*species potential*) e de saúde radicalmente definida (*unlimited view of health*). Nesse aspecto, que se refere às bases

lógicas de conceitos de saúde como excelência física, mental ou moral, Boorse identifica um problema de consistência: "trata-se de uma tendência a condensar em um único termo uma noção de valor neutro, liberdade de doença, e a mais controversa de todas as prescrições – a receita para um ser humano ideal" (Boorse *apud* Almeida-Filho & Jucá, 2002: 882).

Vinte anos após a publicação de seus primeiros trabalhos, revisitando suas reflexões a fim de produzir uma réplica a seus críticos, Boorse (1997) apresenta um conceito de saúde que me parece eficaz no sentido de congregar as noções apresentadas esparsamente em suas publicações:

> Saúde teórica é a ausência de doença; (...) então a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor. Designemos esta posição geral como naturalismo – o oposto do normativismo, a visão de que juízos de saúde são ou incluem julgamentos de valor. (Boorse, 1997: 4)

Neste trecho, encontramos resumidos os elementos essenciais da teoria boorseana de saúde-doença, que seriam:

1. Saúde como objeto teórico.
2. Naturalismo ou objetividade na distinção saúde e doença.
3. Conceito de doença relacionado ao cumprimento deficiente de uma função biológica comprometida porque um dos componentes dessa função encontra-se fora da normalidade estatisticamente definida.
4. Saúde como ausência de doença.

Boorse (1997) autocriticamente admitiu a necessidade de superar uma concepção negativo-evolutiva (com base no gradiente disfunção-patologia-enfermidade) da saúde, propondo em seu lugar a noção de 'graus de saúde' – o que implica uma definição extremamente restrita de saúde positiva como grau máximo de saúde possível, em contraponto a qualquer redução da função normal ótima para a classe de referência. Normalidade, nessa concepção, teria três níveis de especificação: normal teórico, normal diagnóstico e normal terapêutico. O oposto lógico do conceito de patologia seria normalidade teórica (ou conceitual). Para os outros níveis de normalidade, caberiam os respectivos antagonistas: anormal diagnóstico e anormal terapêutico. Finalmente, Boorse considera as situações extremas de *illness* (contraposta a *wellness*) e de morte-vida.

As relações de pertinência e de oposição estruturantes desse interessante esquema encontram-se representadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo dos graus de saúde de Boorse

<table>
<tr><td colspan="3">Saúde subótima</td><td>Saúde positiva</td></tr>
<tr><td colspan="3">Patologia</td><td>Normalidade teórica</td></tr>
<tr><td colspan="2">Anormalidade diagnosticada</td><td>Normalidade diagnosticada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Anormalidade terapêutica</td><td>Normalidade terapêutica</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Morte</td><td>Doença</td><td colspan="2">Bem-estar</td></tr>
<tr><td colspan="3">Vida</td></tr>
</table>

Fonte: Boorse, 1997.

A perspectiva boorseana pretende 'oferecer uma análise isenta de valores' como base para um conceito teórico de saúde, no mesmo registro da antinomia biológica de vida-morte. Como

eixo de estruturação de uma teoria da saúde, propõe usar o termo 'normal' no lugar de 'saúde', e patológico em substituição a 'doença' – porque doença constituiria noção tendencialmente ambígua ou confusa, dada a sua grande abrangência. O termo 'patológico' seria mais preciso por sua correlação com as ideias de função biológica e normalidade estatística. Dessa maneira, a perspectiva boorseana reafirma uma relação linear de implicação entre quatro conceitos básicos: 'classe de referência', 'função normal', 'patologia', 'saúde'. A classe de referência consiste no universo de membros de uma espécie biológica, do mesmo sexo e faixa etária.

A função normal se define pela contribuição individual, 'estatisticamente típica' em relação à classe de referência, para a sobrevivência e a reprodução da espécie. Patologia: redução da 'eficiência típica' implicada na função normal. Saúde significa simplesmente ausência de patologia. Sendo o conceito de 'condição patológica' formulado nesses termos, aparentemente justifica-se no plano lógico uma definição de saúde como ausência de doença. Assim, Boorse termina indicando que, além da inexistência de patologia, o conceito de saúde poderá implicar simplesmente normalidade, sempre no sentido de ausência de condições patológicas (Almeida-Filho & Jucá, 2002).

O conceito de saúde teórica de Boorse permite estabelecer, de modo incondicional, um conceito negativo de saúde absoluta. Ademais, restringe seu enfoque ao nível individual, refere-se ao nível sistêmico subindividual apenas como subsídio à teoria da função e ao nível supraindividual somente quando trata brevemente do tema da saúde da espécie como condicionante da evolução biológica (Almeida-Filho & Jucá, 2002).

Saúde como Ausência de Doença

A definição de saúde elaborada por Boorse chama a atenção por sua insistente negatividade. Em toda a sua obra, uma definição positiva de saúde é propositadamente evitada, embora o autor reconheça a existência, na atualidade, de um movimento forte no sentido da prevenção e da promoção da saúde e da qualidade de vida, inclusive em níveis mais coletivos. Boorse justifica seu afastamento de uma concepção positiva de saúde pelo fato de que tal abordagem apresentaria sérias inconsistências.

Em primeiro lugar, argumenta que qualquer concepção positiva trata de modo substantivista a saúde e, mais ainda, a elevaria a um plano ideal, insuportável para um naturalista convicto. Em segundo lugar, restaria uma dificuldade em determinar um ponto ao qual a saúde deveria ser promovida dada a ausência de qualquer meta fixa de perfeita saúde para se alcançar, ou mesmo de uma única direção onde se identificar um sentido para a saúde (Almeida-Filho & Jucá, 2002). Por último, como desdobramento do segundo ponto, seria necessário eleger os objetivos para os quais o homem saudável deveria convergir, implicando escolhas valorativas.

No geral da ciência e no particular da biomedicina, defensores típicos do naturalismo tenderiam a se filiar a uma tradição empirista e não aceitariam de bom grado o primado da teoria. Ao se autodesignar como naturalista, Boorse cria a expectativa de que a clínica médica seria o local privilegiado de construção de conceitos médicos como doença e enfermidade. Entretanto, rejeita a experiência clínica como referência teórica viável e reafirma com veemência que somente a biologia e a patologia podem ser admitidas como base teórica da saúde-doença.

Enfim, Boorse insiste na proposta de uma teoria negativa da saúde, na qual o fenômeno da saúde poderia ser definido como ausência de doença (Almeida-Filho & Jucá, 2002). Não obstante, reafirma sua conceituação da doença como redução da 'eficiência típica' implicada na função normal. Considerando a articulação teórica de tais noções, surge uma dúvida: na perspectiva boorseana, é a saúde que se encontra negativamente definida ou, na realidade, a doença é que seria assim apresentada? Seria então a doença ausência de saúde?

Ao contrário da sua postulação naturalista, Boorse nunca aborda descritivamente o que é doença, pois rejeita a metodologia semiológica da clínica. Em sua obra, define doença como o estado interno do organismo resultante do funcionamento subnormal de alguns dos seus órgãos ou subsistemas. Algumas dessas doenças podem evoluir para enfermidade caso provoquem limitações ou incapacidades que preencham os seguintes critérios:

1. Sejam indesejáveis para o sujeito.
2. Sejam consideradas elegíveis para intervenções.
3. Constituam justificativa para comportamentos sociais normalmente reprováveis.

Apesar da clara inspiração funcionalista (numa linhagem durkheimiana inadvertida), não há, na proposta original de Boorse, uma posição especial para o termo enfermidade – *sickness*. Na teoria boorseana, moléstia – *illness* – constitui um mero subconjunto da ordem das doenças, aquelas que produzem consequências psicológicas e sociais para o indivíduo.

Por conseguinte, Boorse vê-se forçado a definir saúde nos termos funcionais (ou 'bioestatísticos') da fisiologia onde doença

paradoxalmente é vista como ausência de saúde. Emerge do contraponto lógico deste argumento a formulação de que a doença pode ser definida como não cumprimento (total ou parcial) de função biológica, comprometida porque um de seus componentes encontra-se fora da normalidade 'bioestatisticamente' definida. Afinal, na teoria biológica de função (e seus desdobramentos), saúde pode ser entendida como eficiência funcional, enquanto doença ou patologia se define por falha, defeito, desvio ou déficit de função, sendo, portanto, rigorosamente, 'ausência de normalidade'.

Porém, a concepção de doença como ausência de saúde não se restringe a modelos biológicos ou naturalistas de patologia. Talcott Parsons, o famoso teórico social norte-americano, cuja obra concede aos fenômenos da saúde notável centralidade para a compreensão do sistema social, havia definido *illness* como "estado de transtorno no funcionamento normal do indivíduo humano total, incluindo tanto o organismo como um sistema biológico quanto o seu ajustamento pessoal e social" (Parsons *apud* Almeida-Filho, 2001: 754).

A teoria parsoniana do papel de doente (*sick role*) constitui a primeira referência conceitual, robusta e consistente, para definições de enfermidade – *sickness* – como componente societal do objeto complexo doença (o que veremos adiante). A teoria funcionalista parsoniana serviu de matriz teórica para abordagens da saúde individual como papel social, *performance*, funcionamento, atividade e capacidade, entre outras, que foram posteriormente condensadas na concepção da saúde como bem-estar social, característica da retórica contemporânea sobre 'qualidade de vida'. Nesse quadro, saúde implica função social, estado de capacidade

ótima para desempenho efetivo de tarefas socialmente valorizadas. Curiosamente, Parsons não destaca o termo *disease* na sua teoria, utilizando os vocábulos *illness* e *disorder* mesmo quando necessária a referência aos aspectos objetivos da doença (Almeida-Filho, 2001).

A teoria Pörn-Nordenfeld, desenvolvida como parte do esforço de justificativa econômica e filosófica do Estado de bem-estar social, propunha-se a recuperar uma definição pragmática da saúde mediante a atualização e a retificação da abordagem bioestatística de Boorse, num sentido claramente influenciado pela perspectiva parsoniana. Numa formulação autodefinida como 'fenomenologia da saúde', essa teoria estabelece distinção entre doença objetiva e doença subjetiva que, como consequência lógica do *continuum* saúde-doença, desemboca no conceito-espelho de 'saúde subjetiva'. A doença objetiva é definida pelo potencial de capacidade funcional não atingido por causa da doença, enquanto a saúde objetiva corresponderia ao efetivo exercício dessa capacidade funcional. A moléstia (ou 'não-saúde') subjetiva teria dois componentes: a consciência de doença (*mere belief or awareness that someone is ill* – mera crença ou consciência de que alguém está doente) e o sentimento de doença (*set of mental states associated with illness* – conjunto de estados mentais associados à doença). Dessa maneira, postula Nordenfeld (1995), uma pessoa P é ou está subjetivamente sadia se e somente se:

1. Não se encontra subjetivamente enferma.
2. Acredita ou sabe que está sadia.
3. Não experimenta um estado mental associado a alguma moléstia objetiva porventura existente.

Cabe nesse momento um balanço parcial dessa questão. Inicialmente, deve-se assinalar que a quase totalidade dos autores e escolas cobertos na presente seção apresentam propostas marcadas por uma referência predominantemente biológica. Daí decorrem, quase que inevitavelmente, teorias não da saúde, mas dos processos patológicos e seus correlatos, em que saúde é vista necessariamente como ausência de doença. Como consequência, observa-se uma ênfase nos níveis subindividual e individual, em que efetivamente operam os processos patológicos e vivenciais. Essa cadeia lógica de omissões, que implica foco reduzido sobre conceito de doença e papel de doente, impossibilita uma conceituação coletiva da saúde (a não ser, é claro, como somatório das ausências individuais de doença). Trata-se de flagrante ironia: apesar da abertura parsoniana, a sociologia médica não se mostrou capaz de construir uma teoria social da saúde capaz de superar o modelo biomédico dominante.

A insistência desses autores em postular uma 'medicina teórica' parece contraditória com uma autêntica postura 'naturalista'. Na perspectiva médica clássica, o naturalismo encontra-se intimamente vinculado à atividade clínica (Good, 1994). O olhar e o toque clínico, ao agirem sobre a realidade corpórea, decifrariam os processos patológicos, traçando uma diferenciação entre estados de doença e estados saudáveis. Sempre no referencial do naturalismo, recentemente cresce o movimento denominado 'medicina baseada em evidências', que desloca a fonte de referência da eficácia da biomedicina da experiência clínica para a demonstração experimental.

Uma anotação complementar: de acordo com Canguilhem (1990), saúde como perfeita ausência de doença situa-se no

campo da anormalidade. O limiar entre saúde e doença é singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico. Em última instância, a influência desses contextos dá-se no nível individual. Entretanto, tal influência não determinaria diretamente resultados (saúde, vida, doença, morte) dessa interação, na medida em que seus efeitos encontram-se subordinados a processos normativos de padronização. Voltaremos a essa questão nos capítulos seguintes.

Processo Saúde-Doença

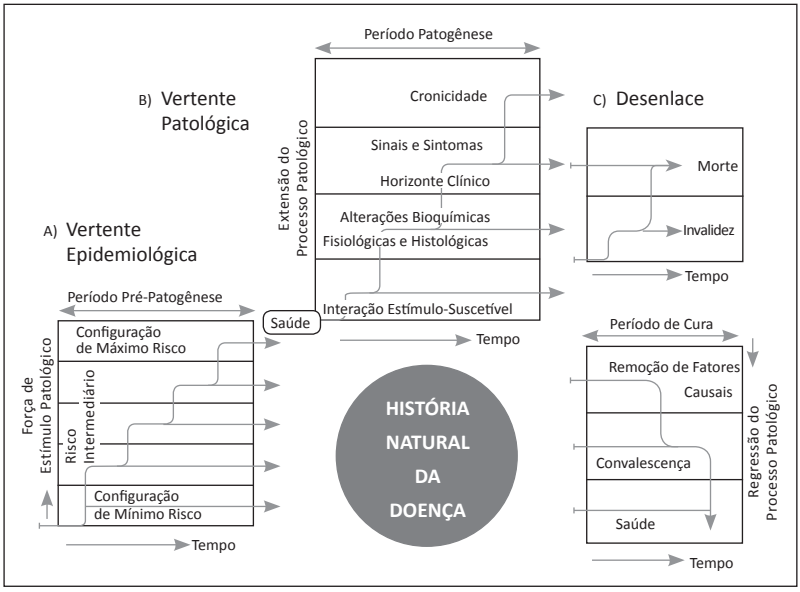
O principal modelo processual dos fenômenos patológicos, desenvolvido no seio das ciências biomédicas, foi batizado de modelo de História Natural da Doença (HND). Nas palavras dos principais sistematizadores desse modelo, denomina-se

> história natural da doença ao conjunto de processos interativos que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte. (Leavell & Clark, 1976: 7)

O modelo da HND (Figura 2) abrange a determinação de doenças em dois domínios (ou meios) mutuamente exclusivos, consecutivos e complementares: 'meio externo', em que interatuam determinantes e agentes, e 'meio interno', em que se desenvolve a doença. No meio externo (ou meio ambiente), desenvolvem-se as etapas necessárias à determinação da doença. Dentre os elementos que contribuem para os processos mórbidos nesse meio, incluem-se fatores exteriores de natureza física, biológica e sociopolítico-cultural. O meio interno seria o *locus* no qual se

processaria, de forma progressiva, toda uma série de modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas, próprias de uma determinada enfermidade. Nesse meio, atuam elementos de caráter intrínseco, fatores hereditários ou congênitos, ausência ou abatimento das defesas específicas, alterações orgânicas consideradas como consequência de doenças anteriores, entre outros.

Figura 2 – O modelo de História Natural da Doença



Fonte: adaptado de Leavel e Clark, 1976.

Nesse modelo, inclui-se a evolução dos processos patológicos em dois períodos consecutivos que se articulam e se complementam. Os períodos são: 'pré-patogênese', quando manifestações patológicas ainda não se manifestaram, e 'patogênese', em que processos patológicos já se encontram ativos.

A pré-patogênese compreende a evolução das inter-relações dinâmicas entre condicionantes ecológicos e socioeconômico-culturais e condições intrínsecas do sujeito, até o estabelecimento de uma configuração de fatores propícia à instalação da doença. Envolve interações entre elementos ou fatores que estimulam o desencadeamento da doença no organismo sadio e condições que permitem a existência desses fatores.

Na pré-patogênese, o conjunto resultante da estruturação sinérgica das condições e influências indiretas – proximais ou distais – constitui ambiente gerador da doença. Fatores que produzem efeitos diretos sobre as funções vitais do ser vivo, perturbando-as e assim produzindo doença, são denominados agentes patogênicos. Tais agentes levam estímulos do meio ambiente ao meio interno do homem, operando como transmissores de uma pré-patologia gerada e desenvolvida no ambiente. Por sua presença ou ausência, atuam também como iniciadores e mantenedores de uma patologia que passará a existir no ser humano. Ao se considerarem as condições ideais para que uma doença tenha início num indivíduo suscetível, nesse modelo, nenhum agente será por si só suficiente para desencadear o processo patológico. A eclosão da doença depende da articulação de fatores contribuintes (ou determinantes parciais), de tal forma que se pode pensar em uma configuração de mínima probabilidade ou mínimo risco; uma configuração de máxima probabilidade ou máximo risco; e configurações intermediárias de risco variando entre os dois extremos. Quanto mais estruturados forem os fatores determinantes, com maior força atuará o estímulo patológico. Quanto mais diversificados forem tais determinantes, mais complexo será o processo de determinação da saúde e das doenças.

Nesse aspecto, determinantes da saúde podem ser biológicos ou socioculturais. Os determinantes biológicos em geral se classificam como genéticos ou ambientais. Os determinantes socioculturais podem ser econômicos, sociais propriamente ditos, culturais e psicológicos.

Determinantes biológicos fazem parte do ecossistema definidor do meio externo onde atuam como agente etiológico, como vetor biológico ou como reservatório. Por sua vez, algumas patologias são determinadas por fatores biológicos do meio interno, de natureza genética. Fatores genéticos determinam ainda maior ou menor suscetibilidade das pessoas quanto à aquisição de doenças ou manutenção da saúde. Em situações ecológicas desfavoráveis (algumas produzidas por fatores naturais, outras produzidas artificialmente pela ação do homem, algumas permanentes, outras contingentes), atuam fatores físicos, químicos e biológicos do meio externo, que, por terem acesso ao meio interno de seres vivos, podem funcionar como agentes patogênicos.

Determinantes econômicos da saúde são poderosos. Grupos sociais economicamente privilegiados são menos sujeitos a vários tipos de doenças cuja incidência, em contrapartida, é acintosamente elevada em grupos social e economicamente desprotegidos. Não somente pobreza ou privação determina problemas de saúde mediante precárias condições de vida ou pouco acesso a serviços de saúde; desigualdades econômicas ou iniquidades sociais constituem importante fator de risco para a maioria das doenças conhecidas. Também determinantes socioculturais, expressos como preconceitos, hábitos alimentares, crendices e comportamentos, são contribuintes para a determinação, a difusão e a manutenção de doenças e para a adoção de formas de

proteção e promoção da saúde em grupos humanos. Além disso, vários problemas de saúde são específicos de determinados grupos étnico-culturais, como os transtornos mentais designados como 'síndromes ligadas à cultura', por exemplo.

Determinantes que atuam sobre o psiquismo humano, por sua presença ou ausência, são capazes de produzir estímulos patogênicos, assim como podem aumentar a resistência dos sujeitos, constituindo-se em fatores de proteção da saúde. A ação desses fatores se exerce diretamente sobre o aparelho psíquico, por meio de relações intersubjetivas, desencadeando alterações mentais, ou indiretamente sobre o organismo, provocando transtornos psicossomáticos. Além disso, determinantes psicossociais, atuando como estressores, podem comprometer o sistema imunológico, aumentando a suscetibilidade a doenças orgânicas. Assim, falta de cuidados maternos na infância, carências afetivas de modo geral, competição, agressividade, desemprego e isolamento social em grandes centros urbanos são exemplos desses tipos de determinantes.

A estruturação de fatores determinantes da doença não constitui mero resultado de justaposição ou somatório de efeitos. A associação de fatores pode ser sinérgica, isto é, fatores articulados podem aumentar o risco de doença mais do que faria a simples soma de seus efeitos isolados. Os estados, situações ou condições de saúde ou de doença resultam, portanto, da interação de uma multiplicidade de determinantes econômicos, políticos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos.

Nesse modelo processual, a HND tem seguimento com o desenvolvimento de processos patológicos no ser humano. É o período denominado patogênese. Esse estágio se inicia com as

primeiras alterações que agentes patogênicos provocam no sujeito afetado. Seguem-se perturbações bioquímicas em nível celular, que continuam como distúrbios na forma e função de órgãos e sistemas, evoluindo para defeito permanente (ou sequela), cronicidade, morte ou cura. Esse modelo considera quatro níveis de evolução da doença no período de patogênese:

1. Interação agente-sujeito: nesta etapa, alguns fatores agem predispondo o organismo à ação subsequente de outros agentes patógenos.

2. Alterações fisiopatológicas: embora não se percebam manifestações clínicas, nessa etapa já ocorrem alterações celulares e bioquímicas, com lesões histológicas e anatômicas em nível subclínico, percebidas mediante exames diagnósticos especificamente orientados.

3. Estágio clínico: quando uma massa crítica de alterações funcionais no organismo acometido transformam os sinais iniciais da doença em sintomas. A doença se encaminha então a um desfecho: evolui para a cronicidade, passa ao período de cura ou progride para invalidez ou morte.

4. Cronicidade: a evolução clínica da doença pode conduzir o doente a um estado de cronicidade ou a um dado nível de incapacidade física por tempo variável. Pode também produzir lesões que serão, no futuro, limitantes do estado de saúde do sujeito após a doença.

Sem dúvida, o modelo HND representa um grande avanço em relação ao modelo biomédico clássico, na medida em que reconhece que o estado de saúde ou de doença implica processos de múltiplas e complexas determinações. A vantagem heurística principal desse modelo consiste em dar sentido aos dife-

rentes métodos de prevenção e controle de doenças e problemas de saúde.

Repensando os Modelos

Para alcançar algum grau de eficácia explicativa, modelos teóricos de saúde-doença não podem se limitar à causalidade dos processos patológicos. Necessitam, antes de tudo, ampliar-se (ou abrir-se) aos processos de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Não obstante seu valor para a constituição de novas práticas de cuidado em saúde, uma avaliação geral desses modelos revela um enfoque necessariamente arbitrário, descrição apenas aproximada da realidade, sem pretensão nem capacidade de funcionar como reprodução esquemática dela. Deste ponto de vista, esses modelos nada mais são que matrizes ou quadros gerais dentro dos quais múltiplas e diferentes enfermidades podem ser descritas e formalizadas teoricamente. Em termos mais propriamente conceituais, podemos criticá-los em pelo menos dois aspectos fundamentais. Por um lado, a determinação dos fenômenos da saúde concretamente não se restringe à causalidade das patologias (patogênese). Por outro, meras ferramentas heurísticas como de fato são, modelos não podem reproduzir a realidade concreta como tal. Assim, objetos de conhecimento e de intervenção como saúde e enfermidade não constituem entes tangíveis portadores de ontologia própria; expectativas de equilíbrio e ordem não são princípios reguladores de um mundo incerto e caótico; a 'história natural das doenças' pode ser histórica, mas de maneira alguma é natural.

Enfim, em todas as etapas e para todos os elementos da problemática da saúde-doença como questão científica e tecnológica, ressalta o seu caráter histórico e político. Portanto, será certamente mais adequado se falar em 'história social da saúde', em processos da saúde-doença-cuidado e em objeto complexo da saúde, visando a estender o escopo de estudo dos fenômenos relativos a saúde, ação e vida, assim como sofrimento, dor, aflições e morte de seres humanos, transcendendo o âmbito biológico restrito para uma abordagem dos sistemas ecossociais e culturais.

3 | Saúde como Medida

Neste capítulo, analisarei mais detidamente estratégias de medida da saúde. Em primeiro lugar, discutirei limites e possibilidades de tratamento quantitativo dos fenômenos da saúde no plano individual e singular que, em nossa cultura científica, praticamente tem sido considerado como território privilegiado ou privativo de abordagens clínicas. Em segundo lugar, proponho avaliar o potencial de uma das vertentes de quantificação da saúde na sociedade de maior expressão atualmente, a epidemiologia, para estimar probabilidades condicionais de ocorrência não de doenças, mas de saúde. Em terceiro lugar, também no plano agregado ou coletivo, pretendo introduzir o leitor nas abordagens econométricas da saúde, analisando impasses e desdobramentos de propostas de análise quantitativa da situação de saúde como se fosse um recurso econômico das sociedades modernas.

Abordagem Clínica da Saúde

Analisemos a questão da saúde como medida primeiramente em relação ao plano individual ou singular que, no que concerne aos temas da pesquisa sobre saúde-doença, tem sido convencionalmente objeto da clínica. Partamos do princípio de que saúde pode ser tomada como atributo individual de seres humanos e, como tal, encontra-se vulnerável a processos de mensuração.

Com vistas a uma formalização preliminar da saúde nesse nível, devemos considerar as seguintes proposições:

1. Nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença.

2. Nem todos os isentos de doença são sadios.

Sabemos que indivíduos funcionais e produtivos podem ser portadores de doenças, mostrando-se muitas vezes profusamente sintomáticos ou portadores de sequelas e incapacidades parciais. Outros sujeitos apresentam limitações, comprometimentos, incapacitações e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença. Além da mera presença ou ausência de patologia ou lesão, precisamos considerar a questão do grau de severidade das doenças e complicações resultantes, com repercussões sobre a qualidade de vida dos sujeitos. Em uma perspectiva rigorosamente clínica, portanto, saúde não seria oposto lógico da doença, por isso estado de saúde não poderia de modo algum ser definido como 'ausência de doença'. Estado de saúde individual difere de patologia, fatores de risco ou etiologia, bem como de acesso a serviços de saúde ou intervenções.

Estado de saúde é um atributo multidimensional dos seres humanos que reflete o seu nível de saúde em vários componentes ou domínios. O estado de saúde de um dado indivíduo pode ser avaliado por um observador que realiza um exame ao longo de várias dimensões, incluindo presença ou ausência de doença, fatores de risco para morte prematura, gravidade da doença, risco de vida e condição física em geral. A avaliação resultante será o estado de saúde individual em uma de duas abordagens: negativamente, pela ausência de doença ou condições de déficit funcional; ou positivamente, pela presença de capacidade funcio-

nal ou níveis de desempenho. Neste caso, seria necessário identificar os elementos constitutivos de uma 'síndrome da saúde', a fim de verificar presença ou ausência, além de nível, frequência ou grau de pertinência dos indivíduos em relação a um construto empírico definido de modo sistemático e estável. Isto implica um tratamento simétrico do problema geral da identificação da doença numa investigação epidemiológica convencional, com a ressalva de que sinais e sintomas de 'saúde' não podem, nesse caso, expressar mera ausência de doença (Almeida-Filho, 2000a).

Estados individuais de saúde podem também ser avaliados pedindo à pessoa para relatar sua percepção de saúde em dimensões diferentes, tais como desempenho, condição física, mobilidade, bem-estar emocional, humor, incapacidade, dor ou desconforto. Metodologicamente, tal abordagem implica desenvolvimento de instrumentos que buscam informações sobre os domínios de saúde considerados. Derivadas inicialmente da definição original da OMS, as primeiras tentativas para tratar empiricamente essa questão tomaram ao pé da letra a suposição de que a 'saúde' seria composta por três dimensões de bem-estar: físico, mental, social. Como já se dispunha de questionários de detecção de casos em inquéritos de morbidade psiquiátrica, os pesquisadores engajados nessa linha concentraram-se no aperfeiçoamento destes e na criação de instrumentos capazes de medir a capacidade física e o bem-estar social. No primeiro caso, buscou-se recuperar conceitos de comprometimento, limitação, incapacidade e desvantagem, já revestidos de certa positividade na forma de indicadores de função, habilidade, capacidade e desempenho. No segundo caso, a teoria do capital social passou a ser considerada como base conceitual para a medida da chamada 'saúde social' por meio dos seus compo-

nentes principais: interações interpessoais e participação social. Como veremos no capítulo a seguir, formulações subsequentes buscaram reconfigurar as dimensões da saúde positiva individual com base em um referencial etnossemiológico, porém a estratégia inicial permaneceu substantivamente inalterada.

Em suma, para medir diretamente o estado ou grau de saúde dos indivíduos, de forma semelhante aos procedimentos de triagem para diagnóstico da doença, foram desenvolvidos e testados instrumentos padronizados capazes de reconhecer o estado de 'completo bem-estar físico, mental e social'. Esses instrumentos, em alguns casos, são longos e detalhados, especialmente aqueles relacionados ao bem-estar e à qualidade de vida, que, apesar da extensão, muitas vezes refletem apenas uma dimensão da vida do sujeito. Notável é a disponibilidade atual de escalas e inventários com essa finalidade, conformando as mais diversas características metodológicas. Para dar uma ideia dessa extraordinária proliferação, pouco antes do ano 2000 já existiam mais de setenta diferentes tipos de escalas e questionários para a medição do estado de saúde individual, dos pioneiros Cornell Medical Index (CMI) e General Health Questionnaire (GHQ), desenvolvidos respectivamente em 1962 e 1973, ao EuroQol e Quality of Well-Being Scale (QWBS) da era contemporânea (Almeida-Filho, 2000a).

À guisa de balanço crítico dessa vertente, eu gostaria de assinalar os seguintes pontos:

1. No nível individual, a saúde não constitui análogo oposto ou simétrico invertido da doença. Se, para cada doença, observa-se um modo prototípico de adoecer (cujo reconhecimento implica uma semiologia clínica), há infinitos modos de vida

com saúde, tanto quanto a infinidade de seres sadios que existiram, que existem ou que virão a existir.

2. Ainda está por se estabelecer a validade conceitual de construtos tomados como *proxy* da saúde. A persistir tal lacuna, a investigação do desempenho operacional dos instrumentos correspondentes encontrará, com frequência, sérias dificuldades metodológicas, principalmente em relação ao desenho de estudos de validade.

Limites da Epidemiologia da Saúde

O aporte clínico contribui para a abordagem epidemiológica com critérios e operações de identificação de caso, determinando quem é e quem não é portador de uma dada patologia ou espécime de certa condição, na amostra ou na população estudada. Por esse motivo, o conceito de risco constitui uma aproximação de segunda ordem do fenômeno da doença em populações, em última instância mediada pela clínica como definidora da heterogeneidade primária do subconjunto [doentes]. Ora, se a clínica desenvolve-se como saber justificado pela noção de patologia, incapaz de reconhecer positivamente a presença ou a ocorrência da saúde nos sujeitos individuais, pouco poderá fazer para colaborar na constituição de uma epidemiologia da saúde. Dessa maneira, o fracasso da clínica em subsidiar medidas positivas de saúde individual, como vimos, em princípio inviabilizaria a definição da heterogeneidade primária do subconjunto [sadios], imprescindível para qualquer abordagem epidemiológica da saúde coletiva, caso definida de modo rigoroso.

Como tendência dominante, o máximo de aproximação que a ciência epidemiológica tem se permitido consiste em definir

saúde como atributo do grupo de não doentes, entre os expostos e os não expostos a fatores de risco, em uma população definida. Na prática, a maioria dos manuais epidemiológicos é até bem menos sutil, chegando-se a definir a saúde diretamente como 'ausência de doença'. Na mesma medida em que o contingente de acometidos por uma dada patologia constitui o subconjunto populacional de referência para o cálculo do risco, uma 'saúde epidemiológica' implicaria, por conseguinte, meramente o contradomínio desse subconjunto:

$$\text{Saúde} = 1 - (\text{risco})$$

Não obstante as evidências em favor da complexidade das situações de saúde, os estudos epidemiológicos normalmente cobrem doenças específicas, buscando determinar o perfil sociodemográfico dos doentes de uma dada patologia e dos expostos ao risco de adoecer, mais do que propriamente descrever o 'perfil patológico' (repertório de doenças e de condições relacionadas à saúde) de um dado grupo social. A soma de todos os casos de todas as doenças aparentemente não interessa muito à investigação epidemiológica. É quase irônico constatar que somente nesse caso seria possível visualizar uma verdadeira (porém trivial) definição negativa de saúde, da seguinte maneira:

$$\text{Saúde} = 1 - \Sigma\ (\text{riscos})$$

Para melhor compreender essa questão, é preciso também discutir o fenômeno da comorbidade. O termo tem sido usado na clínica para designar a existência concomitante de diferentes condições patológicas em um mesmo indivíduo. No âmbito epidemiológico, é bastante conhecido o processo equivalente de *clustering* de riscos em certos sujeitos e grupos populacionais,

quando a presença de uma dada patologia aumenta a probabilidade de ocorrência de outras doenças naquele grupo suscetível.

Na sua prática de produção de informação, a epidemiologia tem instrumentalizado um repertório de 'indicadores de saúde' que na verdade se baseia em contagem de doentes (indicadores de morbidade) ou de falecidos (indicadores de mortalidade). Apesar das promessas de uma 'epidemiologia da saúde', dentre os indicadores ditos de saúde, apenas a medida denominada 'Esperança de Vida' e seus sucedâneos suportam uma definição não residual de saúde. Mesmo listados nos manuais mais respeitáveis da ciência epidemiológica, trata-se de indicadores mais demográficos que epidemiológicos, ainda assim também calculados com base em dados de mortalidade. Abordam 'anos de vida vividos', em geral sem considerar o estado ou nível de saúde desses anos ou, para incluir um conceito em moda atualmente, sem nada referir sobre a qualidade de vida dos sujeitos.

Não obstante, técnicas de avaliação da saúde individual podem ser empregadas como fontes de dados para mensuração de níveis coletivos de saúde tomados como somatório de estados individuais de saúde. Propõe-se então, nesse caso, incluir entre as estratégias da epidemiologia a contagem de indivíduos sadios, para isso desenvolvendo ou adaptando tecnologias pertinentes, no sentido analisado na seção anterior. Desse procedimento poderá resultar a derivação de indicadores de 'salubridade', equivalentes aos clássicos indicadores de morbidade. Nesse caso, contar-se-iam sadios para o cálculo de um certo risco de saúde, do mesmo modo como se computam doentes ou óbitos para a produção de indicadores de risco de doenças ou de mortalidade. Tal estratégia efetivamente não tem sido enfatizada no campo da investigação

epidemiológica, limitando-se a poucas avaliações de inquéritos domiciliares locais ou nacionais.

Na década de 1980, no contexto de avaliação do impacto de sistemas nacionais de saúde, especialmente em países europeus, ganhou relativa proeminência o conceito de 'qualidade de vida relativa à saúde' (conforme assinalado no capítulo anterior). Qualidade de vida implica abordagem do curso de vida, de acordo com episódios que podem afetá-lo, incluindo deficiências, atividades, participação social, influenciados pela saúde-doença ou estado funcional. Instrumentos para medir qualidade de vida relativa à saúde podem ser genéricos (perfil de saúde e índices de saúde) ou específicos (qualidade de vida em determinadas condições, populações ou ciclos de vida). Juntos, esses indicadores contribuem para construtos específicos, com medição de dimensões ou domínios constituintes de saúde que incluem, entre outros fatores, capacidade física, funcionalidade, satisfação e percepção de bem-estar e papel social (Almeida-Filho, 2000a).

Embora seja teoricamente atraente argumentar que a medida da saúde deve consistir na combinação de todos os componentes de um instrumento mais impressões subjetivas do indivíduo, na prática, as principais dimensões/domínios dos instrumentos para medir a saúde individual referem-se a variáveis comportamentais. Normalmente, tais avaliações são feitas com base em presença-ausência de deficiências nessas dimensões (e em suas subdimensões). No final, é atribuída uma pontuação (escore, grau, escala, nível) ou estado (conceito, descrição, classe) de acordo com os pressupostos de cada instrumento; portanto, os sujeitos são classificados como mais ou menos comprometidos (ou 'doentes') e, por negação, mais ou menos saudáveis.

Recentemente, ganha espaço o conceito de saúde autorreferida (SAR), o qual compreende um construto complexo que incorpora diversos aspectos da saúde física e outras peculiaridades individuais e sociais que resultam em um indicador da percepção subjetiva de bem-estar e salubridade. Em geral, SAR reúne vários componentes da percepção do sujeito sobre sua própria vida. Portanto, quando o respondente classifica a saúde numa escala, é induzido a construir uma medida resumo dos vários aspectos da sua vida e funcionalidade. Do ponto de vista operacional, a SAR permite simplicidade na aplicação, e a maioria dos estudos emprega uma única pergunta: 'No geral, como você avaliaria sua saúde?' Na resposta, o entrevistado define seu estado de saúde numa escala nominal, geralmente com cinco categorias (muito ruim, ruim, boa, muito boa e excelente), ou numa escala numérica de 4, 7 ou 10 pontos.

Para resumir um ponto de vista crítico em relação a essa estratégia de medida da saúde coletiva, eu gostaria de considerar o seguinte:

1. Deve-se questionar se haverá fundamentação lógica na aplicação em nível agregado de construtos supostos como expressão da saúde de sujeitos individuais (função, desempenho, qualidade de vida, satisfação, bem-estar, felicidade etc.).

2. Mesmo considerando a hipótese de uma demonstração convincente da validade dessa transposição, é lícito supor que a saúde coletiva significará sempre mais do que o somatório das 'saúdes' individuais.

3. A ideia de 'risco de saúde' não é simétrica em relação à noção de risco de doenças porque, de acordo com o chamado raciocínio epidemiológico, as doenças são tomadas como eventos

ou episódios, mensuráveis por meio de probabilidades condicionais de ocorrência.

Enfim, para a estimativa de indicadores de níveis coletivos de saúde, será imperativo superar uma limitação primordial da abordagem epidemiológica, originalmente restrita à avaliação dos riscos de doenças ou de agravos, o que implica duas estratégias distintas.

No primeiro caso, avaliar 'risco de saúde' pode significar tratamento simétrico ao problema geral da identificação de casos de doença na pesquisa epidemiológica convencional, com a ressalva de que sinais e sintomas de 'saúde' não podem, nesse caso, expressar mera ausência de doença. Trata-se evidentemente de desenvolver métodos e técnicas capazes de avaliar positivamente os níveis de salubridade numa dada população.

No segundo caso, deve-se desenvolver ou aperfeiçoar metodologias e tecnologias para abordar a saúde como inverso da morbidade, entendida como 'volumetria populacional de patologia' ou, para usar uma terminologia recente, porém consagrada, 'carga global das doenças'. Ou seja, propõe-se o desenvolvimento de medidas do 'capital sanitário' ou do *burden of disease* de populações ou sociedades. Em outras palavras, trata-se de aprimorar nossa capacidade de estimar medidas do grau de 'morbidade negativa' ou de mensurar saúde como um análogo econométrico, tema da seção seguinte.

Abordagens Econométricas da Saúde

Os economistas da saúde também contribuíram para uma concepção coletiva de saúde, realizando uma aproximação instrumental ao assunto que, a propósito, tipicamente concerne mais mensuração que teorização.

Em 1992, no processo de preparação do polêmico *World Development Report 1993: investing in health*, o Banco Mundial contratou uma equipe da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard para viabilizar uma metodologia destinada a medir a 'carga global de doença' (*global burden of disease*) das populações. Como pré-requisito fundamental, estabeleceu-se que os componentes de morbidade e mortalidade deveriam estar integrados em um mesmo indicador. Essa metodologia seria também capaz de empregar dados epidemiológicos e estatísticas vitais em geral disponíveis, mesmo em países ditos subdesenvolvidos, de modo a permitir comparações internacionais, além de possibilitar avaliações do impacto dos investimentos internacionais e das políticas e programas de saúde. Ostensivamente inspirado no conceito do *quality-adjusted life years* (QALY), o novo indicador foi batizado de *disability-adjusted life years* (DALY) e definido como uma medida do tempo vivido com incapacidade e do tempo perdido devido à mortalidade prematura (Murray & Lopez, 1996).

O DALY constitui um indicador composto na medida em que combina dados de mortalidade (anos de vida perdidos por óbito precoce) com dados de morbidade (grau e tempo de incapacidade devido a uma dada patologia). Estimam-se os anos de vida perdidos devido à mortalidade precoce tomando como padrão as expectativas de vida média de 80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres. O tempo vivido sob incapacidade é calculado por meio de um conjunto de ponderações que supostamente refletem uma redução na capacidade funcional, por sua vez resultante de estudos de carga-de-doença específicos para cada morbidade. Para cada óbito ou caso registrado, computam-se os DALYs correspondentes a cada indivíduo a serem acumulados para a estimativa das cargas-de-doença necessárias para

calcular os DALYs de patologias específicas referentes a agregados geopolíticos, como regiões, países ou continentes (Murray & Lopez, 1996).

A principal novidade da proposta do DALY consistia na integração dos indicadores 'anos vividos com incapacidade'/*years lived with disability* (AVI/YLD) e 'anos de vida perdidos'/*years of life lost* (AVP/YLL) em uma única medida de 'carga-de-doença'. O conceito de 'incapacidade' passa a ser, portanto, crucial para o novo indicador proposto. Recuperando o modelo de progressão linear (doença, patologia, manifestação, deficiência, incapacidade, desvantagem), o conceito do DALY baseia-se na definição de incapacidade como impacto da doença ou agravo sobre o desempenho individual.

Na sua proposta original, o componente incapacidade do DALY cobria quatro domínios da vida individual (procriação, ocupação, educação e recreação) e seis graus de severidade. As avaliações de grau de incapacidade por patologias selecionadas como 'marcadores' eram realizadas por grupos de consenso de *experts* (primeiramente, alunos internacionais de Harvard, e depois, profissionais de saúde). Posteriormente, após avaliações por novos grupos de consenso internacionais, empregando-se o método do *person trade-off*, ampliou-se a definição para 'sequelas incapacitantes de qualquer natureza' e acrescentou-se mais um grau de severidade da incapacitação (Murray & Lopez, 1996).

Entretanto, visando a reforçar as propriedades econométricas do indicador, os formuladores da concepção do DALY decidiram incorporar dois tipos de função de correção: 1) um desconto para anos ainda não vividos, equivalente à noção de taxa de juros para pagamentos futuros; 2) uma ponderação por idade, destinada a

corrigir o valor dos anos vividos em relação a cada etapa do ciclo de vida.

Em artigo publicado na *Revista Brasileira de Epidemiologia* (Almeida-Filho, 2000a), revisei em detalhes alguns supostos metodológicos do conceito de DALY. Esse destaque justificava-se, por um lado, pela enorme influência que tal proposta vem exercendo no panorama atual da política de saúde em todo o mundo. Por outro lado, a proposta do DALY representa a mais importante tentativa recente de avançar a metodologia epidemiológica para superar o conceito de risco e seus correlatos.

Nos termos dos seus formuladores, o DALY representaria tanto uma medida de carga de doença (morbidade e mortalidade) quanto um indicador de saúde mais transparente do ponto de vista ético. Ao avaliar globalmente a questão, considerei que essa proposta significava um recuo ao modelo biomédico de cuidado à saúde. Enfim, questionei se efetivamente a metodologia DALY atingia os objetivos propostos, na medida em que pretendia muito mais do que estimar impacto de políticas ou programas de saúde, como, por exemplo, tornar-se a base técnica de uma revolução no conceito de política de saúde, designado pomposamente como *evidence-based health policy*, por meio da avaliação da 'carga global de doença' de uma dada sociedade (Almeida-Filho, 2000a).

No contexto de um ambicioso programa de avaliação tecnológica destinado a orientar as políticas de alocação de recursos para o National Health Service (NHS) da Inglaterra, uma equipe de pesquisa em economia da saúde da Universidade de York, sob a liderança de Alan Williams, desenvolveu o conceito de 'qualidade de vida ligada à saúde' (*health-related quality of life*), assumidamente vinculado a uma teoria utilitarista da saúde.

A abordagem metodológica correspondente (Williams, 1996) produziu um indicador de saúde positiva denominado QALY (*quality-adjusted life years*), estimado com base no cálculo acumulado (por área geográfica ou divisão geopolítica) dos anos com qualidade de vida não vividos por motivo de doença, incapacidade ou morte. Para as estimativas devidas, foi preciso classificar e ponderar distintas combinações de níveis de desconforto e incapacitação, por meio de um instrumento de avaliação aplicado a 'julgadores' da comunidade. A dimensão 'desconforto' divide-se em quatro níveis, variando de 'nenhum desconforto' a 'desconforto severo', enquanto a dimensão 'incapacitação' classifica oito estágios, desde 'plena capacidade' até 'inconsciência'.

Com base nesses parâmetros, podia-se estimar o excedente de QALYs produzidos por uma dada intervenção de saúde comparativamente em relação a outra tecnologia ou à ausência de intervenção. Assim, a efetividade de procedimentos destinados a restabelecer níveis satisfatórios de saúde com qualidade de vida poderia ser avaliada com maior precisão, empregando-se a unidade de medida proposta. Um QALY significa um ano em perfeita saúde (nenhum desconforto; plena capacidade), porém pode também corresponder a dois anos com 0,50 QALY ou quatro anos com 0,25 QALY do desempenho potencial do sujeito (equivalente a 'saúde', caso aceitemos uma definição utilitarista desse conceito).

No artigo citado (Almeida-Filho, 2000a), avaliei que, sem dúvida, trata-se de uma proposição teoricamente bem fundamentada, considerando uma definição positiva de saúde qualitativamente distanciada de qualquer concepção negativa da saúde referida

à noção de patologia. O próprio Williams (1996: 1.801) explicita o problema central:

> Um tópico fundamental para esclarecer o que está em questão é o que se entende por 'saúde'. No contexto do QALY, trata-se de qualquer aspecto relativo à qualidade de vida que seja valioso para as pessoas, além da duração daquela vida. Isso deve ser claramente diferenciado de uma estrita definição clínica de saúde.

Em minha opinião, é preciso considerar que, por um lado, o DALY realmente representa uma simplificação no sentido de que opera com uma única dimensão de medida individual de saúde, o nível de comprometimento funcional, em lugar de uma escala subjetiva de valores combinados de desconforto e incapacidade. Por outro lado, a abordagem DALY implica também ampliação de escopo da metodologia proposta, na medida em que se apresenta sem hesitação como um quantificador macroeconômico de 'volumetria' da morbimortalidade.

Ambos, QALY e DALY, constituem medidas globais simplificadoras da complexidade da situação de saúde em contextos com alto nível de agregação, como estados, nações e regiões. Porém, distinguem-se na medida em que o DALY, diferentemente do QALY, não produz indicadores do estoque de saúde de uma dada sociedade. Mas sejamos pelo menos justos com os objetivos dos criadores e promotores dessa abordagem. O termo 'carga global de doença' é bastante claro e preciso no sentido de definir a doença e não a saúde como objeto: de modo algum induz a falsas promessas.

Curiosamente, ambas as abordagens utilizam anos vividos com qualidade de vida ou sem incapacidade (que é um índice

grosseiro de saúde) para avaliar o impacto social de patologias e das tecnologias destinadas à sua prevenção, controle ou erradicação. Trata-se de uma aplicação da esquisita noção boorseana de doença = ausência de saúde, invertida da concepção convencional de saúde como ausência de doença.

E quais são as limitações de tais abordagens? No limite, tomam renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos como o parâmetro principal (e talvez ideal) para medidas de desigualdade na sociedade. Daí deriva, de modo mais evidente, o desdobramento de duas falácias:

1. Falácia econocêntrica: implica supor que a esfera da economia pode ser tomada como referência dominante da sociedade e que, portanto, dispositivos de explicação da dinâmica econômica das sociedades seriam adequados para compreender processos e objetos de conhecimento sobre a saúde e a vida social. Mesmo que tal posição possa ser relativamente adequada para economias de mercado industriais (aquelas do mítico pleno emprego, antes das crises), renda não parece representar medida válida e plena de acesso ao bem-estar social e aos recursos de vida (saúde incluída) em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração de riqueza, outras desigualdades independentes ou correlatas ao ranqueamento social encontram-se ativas em sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social.

2. Falácia econométrica: implica considerar que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade. Embora abordagens dimensionais possam ser válidas para produtos e outros recursos do mercado, os fenô-

menos da saúde-doença-cuidado têm atributos e propriedades de realização e distribuição totalmente diferentes da renda (e não redutíveis a ela).

A refutação de ambas as falácias baseia-se na constatação, quase trivial, de que saúde não pode ser linearmente produzida, armazenada ou investida, nem pode ser redistribuída do mesmo modo que a renda (mesmo nas versões neokeynesianas chamadas de *Robin Hood Policies*; isto é: retirada de riqueza dos mais ricos e redistribuição para os mais pobres, por meio de subsídios ou taxação). Não obstante, saúde ainda pode ser tratada conceitualmente como uma espécie peculiar de capital humano, compreendendo as noções de *endowment* de Rawls ou de *capability* de Sen, como veremos no capítulo 5.

Para a Crítica do Objetivismo em Saúde

Recorrendo a Canguilhem (2006), devemos admitir que o oposto da patologia é a normalidade, de modo algum a saúde. Numa perspectiva lógica rigorosa, portanto, o oposto simétrico da doença não seria saúde, por isso estado de saúde não implicaria 'ausência de doença'. Estado de saúde individual difere de patologia, fatores de risco ou etiologia, bem como de acesso a serviços de saúde ou intervenções. Como corolário, tem-se que os estados individuais de saúde não são excludentes *vis-à-vis* a ocorrência de doença. Portanto, podemos admitir a possibilidade de coocorrência de saúde e doença num mesmo sujeito individual, ao mesmo tempo. Creio que nesse aspecto podemos mesmo parafrasear Caetano Veloso, constatando que 'de perto ninguém é sadio'.

Nessa perspectiva, concluímos ser possível e, portanto, viável identificar sinais e sintomas da 'síndrome saúde', mediante um

construto empírico definido como 'estado de saúde'. A questão correlata seria, então, como viabilizar metodologicamente estratégias, técnicas, instrumentos e procedimentos de produção de dados, informação e conhecimento com base na medida da saúde. Neste capítulo, avaliei as perspectivas de fazê-lo por meio da metodologia epidemiológica, com a análise de 'riscos de saúde' e, em seguida, com o recurso a medidas de saúde como um construto econométrico.

Em minha opinião, o debate em torno dos indicadores de saúde originados na economia constitui a principal controvérsia epidemiológica dos anos 90, talvez equivalente aos debates em torno da causalidade nos anos 70 e à polêmica sobre a epidemiologia clínica na década de 1980 (Almeida-Filho, 2000b). Não obstante importantes limitações de medidas quantitativas de saúde reveladas nessa discussão, é inegável sua contribuição ao estudo das condições de saúde e seus determinantes sociais, políticos e econômicos.

Abordagens econométricas da saúde, interessantes sem dúvida, revelam-se potencialmente úteis para os objetivos primários de incorporar rigor e sofisticação às análises de custo-efetividade. Além disso, sua concepção propiciou importante desenvolvimento na teoria da mensuração em saúde, considerando as possibilidades do seu emprego para medidas positivas e negativas da saúde coletiva como capacidade vital e qualidade de vida, de certo modo aí reduzidas a uma 'unidade monetária' de troca, permitindo comparação e avaliação do valor diferencial de procedimentos restauradores ou promotores de saúde.

Apesar disso, medidas do tipo DALY e QALY estão sujeitas a sérias críticas, de base política, sociológica, antropológica e

ética (Williams, 1996). Tais restrições dizem respeito especialmente à sua aplicação em contextos sanitários com reduzido grau de desenvolvimento político e institucional, caracterizados por precários sistemas de informação em saúde. Justamente tais contextos são os que mais sofrem os efeitos das diversidades étnico-culturais e das desigualdades sociais. Em outras palavras, os conceitos de valor, utilidade, desconforto, incapacidade e qualidade de vida apresentam-se tão 'ligados à cultura' e socialmente determinados que se pode questionar a validade teórica e o potencial comparativo de estratégias de medida da saúde como valor econômico.

Aparentemente, esgotam-se os argumentos que validam heurística e eticamente o repertório das propostas de abordagens metodológicas destinadas à avaliação direta dos níveis coletivos de saúde por meio da panaceia dos indicadores unificados. Precisamos, enfim, demandar das abordagens numéricas (epidemiológica e econométrica) da saúde o que elas têm de melhor a oferecer, principalmente no que se refere ao estudo da situação de saúde, acesso e utilização de serviços e sistemas de saúde, bem como nas áreas de avaliação tecnológica e microeconomia em saúde. Tal atitude significa compreender impasses e aceitar limitações dessas metodologias e dos seus instrumentos de mensuração do grau de salubridade (ou saúde coletiva positiva) e da 'carga global de saúde' (e não de doença) de uma dada população, respectivamente.

4 | Saúde como Ideia

Mesmo no campo das ciências humanas e sociais aplicadas à saúde, desde meados do século XX tem-se buscado com insistência definir objetivamente o conceito de doença e correlatos, com vistas à formulação de 'teorias culturais da saúde'. Nesse contexto, emergem perspectivas teóricas que, com base na crítica aos modelos convencionais de doença, constituem modelos metabiológicos de saúde-enfermidade. Trata-se, em muitos casos, de uma elaboração mais sofisticada e talvez dissimulada da concepção negativa de saúde como ausência de enfermidade.

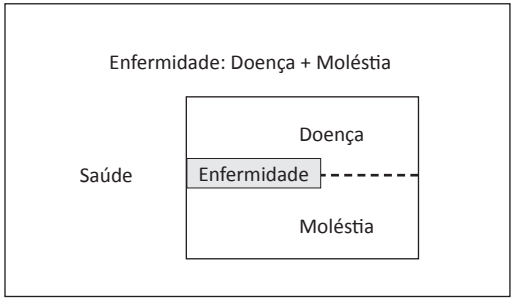
Neste capítulo, proponho analisar concepções de saúde como ideia ou dispositivo ideológico. Para isso, procuro explorar teorias que tomam saúde-doença e correlatos como objeto heurístico, formulação explicativa, representação social, rede semântica, construto cultural ou outras modalidades de produção de imagens e termos (signos e significantes) providos de sentido, o que implica revisar, de modo resumido e certamente superficial, modelos linguísticos ou simbólicos de saúde-enfermidade. Algumas dessas propostas, oriundas principalmente da antropologia médica anglo-saxônica, buscam valorizar elementos psicossociais e culturais da saúde.

A questão dos modelos de saúde-doença tem sido também tratada do ponto de vista etnossemiológico, convergindo para uma proposta integradora dos conceitos de doença, moléstia e enfermidade.

Complexo Doença-Moléstia-Enfermidade

Arthur Kleinman e Byron Good, pesquisadores da Universidade de Harvard, buscaram aprofundar e enriquecer a análise dos componentes não biológicos dos fenômenos da saúde-doença no contexto de uma 'reforma crítica' do ensino médico. Com esse objetivo, sistematizaram um modelo que concedia especial importância teórica à noção de enfermidade-*sickness*, com ênfase nos aspectos sociais e culturais que paradoxalmente haviam sido desprezados pelas abordagens sociológicas anteriores. O modelo de Kleinman-Good encontra-se esquematizado na Figura 3, em que se destaca a (ainda implícita) definição negativa de saúde como ausência de doença.

Figura 3 – Modelo de Kleinman-Good



Fonte: Almeida-Filho, 2001.

Um dos pontos centrais desse modelo consiste na distinção entre doença, moléstia e enfermidade (ver seção Etimologia e glossário, no capítulo 1), com base na diferenciação entre dimensões biológica e cultural da saúde. Nesse esquema gráfico, doença refere-se a alterações ou disfunção de processos biológicos e/ou psicológicos, definidos de acordo com a concepção

biomédica. Trata-se do objeto privilegiado do saber fisiopatológico e da prática clínica. Nessa perspectiva, o funcionamento fisiológico ou patológico dos órgãos e sistemas corporais ocorreria independentemente do seu reconhecimento ou percepção pelo indivíduo ou interação com o ambiente social.

A categoria moléstia, por sua vez, incorpora a experiência e a percepção individual relativa aos problemas decorrentes da doença, bem como à reação social, nesse caso, ante a enfermidade. Quer dizer, moléstia implica, sem mediações, no plano subjetivo individual, cadeias de sentimentos (sofrimento, aflição, mal-estar, desespero) constituintes da doença. O conceito de enfermidade diz respeito, num plano relacional ou interpessoal, aos processos de significação social da doença. Nessa dimensão, além dos significados culturais e das respostas interacionais componentes da reação societal à doença (rotulação, isolamento, estigma), incidiriam aspectos simbólicos particulares formadores da própria moléstia no âmbito psicológico individual, tanto quanto os significados criados pelo paciente para gerenciar o processo patológico. Moléstia refere-se à forma com que o sujeito doente percebe a doença; como sofre e expressa o processo de adoecimento e lida com ele. Num sentido mais rigoroso, a enfermidade é anterior à doença, que é produzida a partir da reconstrução técnica do discurso profissional no encontro médico-paciente, com base em uma comunicação mediada pelo idioma culturalmente compartilhado da enfermidade.

Kleinman defende a ideia de que saúde, enfermidade e cuidado são partes de um sistema cultural e, como tal, devem ser entendidas em suas mútuas relações (Almeida-Filho, 2001). Examiná-las isoladamente distorce a compreensão da natureza

de cada uma delas e de como funcionam num dado contexto. Para esse autor, é preciso considerar modelos capazes de conceber a saúde e a doença como resultantes da interação complexa de múltiplos fatores, nos níveis biológico, psicológico e sociológico, com uma terminologia não limitada à biomedicina. Para a construção de tais modelos, deve-se recorrer a novos métodos interdisciplinares, trabalhando simultaneamente com dados etnográficos, clínicos, epidemiológicos, históricos, sociais, políticos, econômicos, tecnológicos e psicológicos.

Byron Good e Mary-Jo Good, discípulos de Kleinman, propuseram um 'modelo hermenêutico cultural' para compreender a racionalidade médica ocidental. Segundo esses autores, a interpretação dos sintomas como manifestação da 'realidade biológica' subjacente é característica da racionalidade clínica, por ser esta fundamentada epistemologicamente em uma teoria empiricista da linguagem. A atribuição do 'significado de sintoma' a um estado fisiológico alterado mostra-se insuficiente como fundamento para a prática clínica, uma vez que fatores psicológicos, sociais e culturais influenciam a experiência da doença, sua manifestação e a expressão dos sintomas. Segundo o modelo biomédico da doença-saúde, a prática clínica baseia-se no conhecimento de cadeias causais que operam no nível biológico, seguindo um roteiro de decodificação das queixas dos pacientes, a fim de identificar o processo patológico somático ou psicológico subjacente. Dessa forma, o modelo hermenêutico cultural pretende atingir um duplo objetivo: estabelecer o diagnóstico da doença e propor uma terapêutica eficaz e racional.

Reforçando a perspectiva do relativismo cultural da enfermidade, Byron Good e Mary-Jo Good postulam que fronteiras

entre normal-patológico e saúde-doença seriam estabelecidas pelas experiências de enfermidade em diferentes culturas, pelos modos com os quais elas são narradas e pelos rituais empregados para reconstruir o mundo que o sofrimento destrói (Good, 1994). Doença (e, por extensão, saúde) não constitui uma coisa em si, nem mesmo a representação dessa coisa, mas um objeto semântico fruto dessa interação, capaz de sintetizar múltiplos significados. Enquanto o processo patológico correlaciona-se com/ou é causado por alterações biológicas e psicológicas, a enfermidade situa-se no domínio da linguagem e do significado e, por isso, constitui-se como uma experiência humana. Segundo esses autores, a enfermidade é fundamentalmente semântica. A transformação da doença em uma experiência humana e em objeto de atenção médica dá-se por meio de processos de atribuição de sentido. Desse modo, não só a enfermidade mas também a doença constituem uma construção cultural, nesse caso com base em teorias e redes de significados que compõem as diferentes subculturas médicas (Good, 1994).

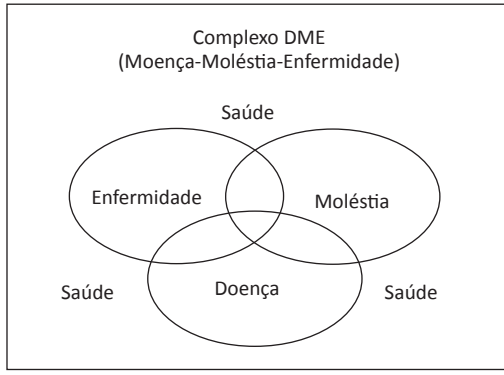
Nessa perspectiva, a moléstia compreende uma experiência dotada de sentido para cada sujeito particular. Mesmo assim, é importante considerar a relação existente entre os sentidos individuais e a rede de significados inerentes a cada contexto cultural mais amplo, ao qual pertencem os indivíduos. Daí deriva a ideia da enfermidade como uma 'rede semântica', no sentido de uma realidade construída por meio do processo de interpretação/significação, a qual fundamenta-se na trama de significados que estrutura a própria cultura e suas subculturas. Os sintomas, dotados de significados pelo menos individuais, possibilitam o acesso à rede semântica da biomedicina, ou seja,

aos signos de doença culturalmente estabelecidos e legitimados institucionalmente.

Allan Young (1982), pesquisador da Universidade McGill, no Canadá, critica a teoria semiológica de doença de Kleinman-Good, desenvolvendo uma abordagem da determinação das doenças nas sociedades com base numa análise das relações sociais de produção. Por um lado, reconhece o seu avanço em relação ao modelo biomédico, mas considera que a distinção entre doença, moléstia e enfermidade mostra-se insuficiente para dar conta da dimensão social do processo de adoecimento. Por outro lado, postula que o modelo do grupo de Harvard considera como objeto e arena dos eventos significativos da enfermidade apenas o indivíduo, não abordando os modos pelos quais as relações sociais conformam e ressignificam os fenômenos da saúde.

Para superar essas limitações, Young (1982) defende a substituição do esquema de Kleinman-Good [doença = moléstia + enfermidade] por uma série tripla de categorias de nível hierárquico equivalente [doença, moléstia e enfermidade], mesmo concedendo maior relevância teórica ao componente 'enfermidade'. No presente livro, proponho designar o modelo de Young como Complexo doença-moléstia-enfermidade (DME), conforme representado na Figura 4.

Figura 4 – Modelo de Young



Fonte: Almeida-Filho, 2001.

Young (1982) considera ainda que, embora Kleinman tenha enfatizado os determinantes sociais dos modelos explanatórios e Good tenha ressaltado as relações de poder nos discursos e práticas médicas, não empreenderam, efetivamente, uma análise desses aspectos em seus trabalhos. As práticas médicas revelam importantes componentes políticos e ideológicos, estruturando-se com base em relações de poder que justificam uma distribuição social desigual das doenças e dos tratamentos, bem como de suas consequências. Por esse motivo, os elementos do Complexo DME não são termos neutros, mas sim compreendem um processo circular por meio do qual signos biológicos e comportamentais são significados socialmente como sintomas. De acordo com Young, "a enfermidade é um processo de socialização da doença e da moléstia" (Young, 1982: 270 – tradução livre). Esses sintomas, por sua vez, são interpretados por uma semiologia que os associa a certas etiologias e que justifica intervenções cujos

resultados terminam por legitimá-los como signos diagnósticos de certas doenças.

O autor diz ainda que, em sistemas médicos plurais, um conjunto de signos pode designar diferentes doenças e práticas terapêuticas que não se superpõem. As forças sociais é que determinam quais pessoas são acometidas por determinadas doenças, sofrem certas moléstias, exibem certas enfermidades e têm acesso a determinados tratamentos. A depender da posição socioeconômica do enfermo, uma mesma doença implica diferentes enfermidades e moléstias e diversos processos de cura.

Young (1982) afirma que a dimensão ideológica da enfermidade reproduz visões específicas da ordem social, por meio dos saberes e práticas de saúde que atuam no sentido da sua manutenção. As representações sobre a doença constituem, em última instância, elementos de mistificação de sua origem social e das condições sociais de produção do conhecimento. A tradução de formas de sofrimento (enfermidades) derivadas das relações de classe em termos médicos constitui um processo de neutralização que segue os interesses das classes hegemônicas. Ou seja, por meio do processo de medicalização, a condição de enfermo fica reduzida ao nível biológico individual, desconsiderando-se as suas dimensões social, política e histórica.

De fato, o foco sobre a dimensão da enfermidade permite superar a ênfase nos níveis individual ou microssocial (característica do enfoque de Kleinman, por exemplo). O modelo do Complexo DME de Young, no entanto, apesar de significar um importante avanço perante os seus predecessores, abre uma única possibilidade de incorporar a questão da saúde: ainda e de novo a mera ausência de doença-enfermidade-moléstia.

Esse referencial teórico mostra-se bastante congruente com a abordagem de Boorse, no que concerne à distinção entre uso teórico e uso prático do conceito de saúde, a fim de diferenciar doença (*disease*) de enfermidade (*illness*). Compreendendo que uma conceituação valorativa de saúde implica o que se considera desejável para o indivíduo ou para a sociedade, Boorse defende a tese de que, se soubermos discriminar doença de enfermidade, encontraremos uma noção de saúde 'estritamente análoga' à condição mecânica de um artefato ou sistema físico. A saúde prática, oposto da enfermidade, herdaria o caráter normativo do seu conceito-espelho e, portanto, seria desprovida de qualquer interesse heurístico para uma teoria formal da saúde.

Por sua vez, enfermidade implica julgamento valorativo somente na medida em que se caracterizaria como incapacitante, objeto de tratamento especial e justificativa para comportamentos em geral socialmente reprováveis, garantindo ao portador relativa isenção de responsabilidades. Essa formulação corresponde rigorosamente à noção de enfermidade (*sickness*) da teoria parsoniana do *sick role*, como veremos adiante. Porém, curiosamente, Boorse não faz nesse momento (nem depois) qualquer referência à obra de Talcott Parsons, fundador da sociologia médica de base estrutural-funcionalista.

Modelos Semiológicos

Evoluindo em sua teorização, Byron Good (1994) desenvolve uma perspectiva de crítica semiológica para a análise dos modelos de saúde-doença, reavaliando a concepção de rede semântica e nela apontando duas limitações.

A primeira limitação diz respeito à redefinição do Complexo DME à luz da teoria linguística, dada a insuficiência da perspectiva clássica segundo a qual um símbolo condensa múltiplos significados. Para Good, é preciso reconhecer a diversidade de linguagens nacionais, étnicas, religiosas e profissionais no mundo contemporâneo, tanto quanto a multiplicidade de vozes presentes na constituição dos discursos sobre a saúde-doença. A moléstia não é só constituída pelo ponto de vista individual, mas por múltiplos caminhos frequentemente conflitantes; ela é nesse sentido dialógica. Ao mesmo tempo que a enfermidade é sintetizada em narrativas familiares, carregadas de políticas de gênero e de parentesco, é também objetivada como doença no sentido de uma forma específica de desordem fisiológica nas apresentações de caso e conversas entre os médicos, ainda que essas objetivações possam ser subvertidas ou rejeitadas pelos pacientes. A doença encontra-se imersa numa teia social em que todos negociam a constituição do objeto médico e a direção do corpo material.

A segunda limitação da análise das redes semânticas refere-se à reduzida possibilidade de representar a diversidade das formas de autoridade e resistência associadas aos elementos centrais do sistema médico. Redes semânticas, mesmo produzidas por estruturas de poder e de autoridade, formas hegemônicas de discurso organizadas e reproduzidas institucionalmente são culturalmente enraizadas e sustentam saberes e práticas. Entretanto, reconhece Good (1994) que a relação entre estruturas semânticas e relações hegemônicas de poder não tem sido suficientemente desenvolvida pelos principais autores dessa linha teórica, conforme a crítica de Young.

A noção de rede semântica deve ser então ampliada para indicar que o significado da doença não é unívoco, mas sim um produto de interconexões. Não mais apenas síndrome de significados, mas também síndrome de experiências, palavras, sentimentos e ações dos diferentes membros de uma sociedade. Esse conjunto de elementos é condensado nos símbolos essenciais do léxico médico, o que implica que tal diversidade pode ser sintetizada e objetivada culturalmente.

Avançando nessa perspectiva crítica, Gilles Bibeau e Ellen Corin, pesquisadores respectivamente da Universidade de Montreal e da Universidade McGill, confirmam que a antropologia contemporânea, em suas vertentes interpretativa e fenomenológica, tem se mostrado incapaz de abordar a complexidade dos processos de saúde e doença. Tal incapacidade resulta da pouca ênfase concedida ao estudo das experiências subjetivas de adoecimento e da reificação das narrativas sobre a doença, tomadas como textos autônomos, sem estabelecer, em qualquer dos casos, relações nem com o contexto sociocultural global nem com a dimensão 'objetiva' da doença.

Apesar de reconhecerem a influência da concepção de rede semântica em seu trabalho, esses autores reafirmam a necessidade de uma abordagem macrossocial e histórica para a compreensão dos contextos locais. Isto significa estabelecer uma conexão epistemológica, teórica e metodológica entre diferentes dimensões da realidade, articulando uma teoria metassintética que tem como pretensão integrar elementos semiológicos, interpretativos e pragmáticos essenciais para um modelo cultural da saúde-doença-cuidado (Bibeau & Corin, 1994). Na esfera particular da saúde, trata-se de explorar as relações de sistemas semiológicos

de significação e condições externas de produção (contexto econômico-político e sua determinação histórica) com a experiência do adoecimento.

Ao analisar a problemática dos diferentes níveis de determinação dos fenômenos da saúde, esses autores propõem um esquema analítico fundado em duas categorias centrais: condições estruturantes e experiências organizadoras coletivas. Pretendem com esses conceitos representar os diferentes elementos contextuais (sociais e culturais) que se articulam para formar os sistemas de respostas sociais ante os 'dispositivos patogênicos estruturais'. As condições estruturantes abrangem o macrocontexto, ou seja, as restrições ambientais, as redes de poder político e as bases de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de existência (ou modos de vida). Ou seja, trata-se de condicionantes que atuam como elemento de modulação da cultura e como limitadoras da liberdade de função da espécie e da ação individual.

Desse modo, ao postular que os sistemas semiológicos e os modos de produção articulam-se para produzir a experiência do adoecimento, os autores retomam a pretensão de Young de considerar o contexto socioeconômico, político e histórico nos processos de saúde-doença-cuidado.

Nessa perspectiva, Bibeau e Corin efetivamente apontam para uma abertura de sentido no campo da saúde, que implica um novo olhar sobre o Complexo DME, propondo a compreensão da experiência de adoecimento na 'perspectiva global' mencionada, construindo uma articulação entre trajetórias individuais, códigos culturais, contexto macrossocial e determinação histórica. Com essa finalidade, propõem um quadro referencial

antropológico, semiológico e fenomenológico para o estudo dos modelos de significação e de ação social em relação aos problemas de saúde que denominam 'sistema de signos, significados e práticas de saúde' (sspS). Esses sistemas enraízam-se nas dinâmicas sociais e nos valores culturais centrais do grupo e fundamentam as construções individuais da experiência de adoecimento e as construções coletivas de representação de enfermidades.

Os 'sspS' configuram uma semiologia popular contextualizada dos problemas de saúde. Para abordá-la de modo sistemático, seus autores propõem procurar além dos critérios diagnósticos profissionais do modelo biomédico, documentando-se os casos particulares que concretamente constituem as variações culturais. Nessa perspectiva, espaços de produção simbólica das comunidades, signos corporais, linguísticos e comportamentais são transformados em sintomas de uma dada enfermidade, adquirindo significados causais específicos e gerando determinadas reações societais. A semiologia popular e os modelos culturais de interpretação não existem como corpo sistematizado e formalizado de conhecimento, mas são formados por um conjunto variado de elementos imaginários e simbólicos, ritualizados como racionais.

As categorias componentes dos sistemas 'sspS' são fragmentadas, contraditórias, parcialmente compartilhadas e construídas localmente, organizadas em múltiplos sistemas semânticos e praxiológicos (isto é, estruturados em práticas), historicamente contextualizados e acessíveis somente em situações concretas – eventos, comportamentos e narrativas. No processo cotidiano de definição de categorias e reconhecimento de casos, as pessoas 'comuns' não necessariamente funcionam identificando demar-

cações nítidas de pensamento, mas percebendo semelhanças, analogias e estabelecendo uma continuidade entre os casos de acordo com uma rica e flutuante variedade de critérios.

Em processo de construção, ainda incompleta, com lacunas e inconsistências, a teoria dos 'sspS' representa inegável avanço. Distanciando-se das abordagens anteriormente analisadas, apresenta-se sem hesitação como fundamento para uma teoria social da saúde. Entretanto, mesmo que de forma indireta e atenuada, essa teoria continua centrada na enfermidade, justificada neste aspecto pela constatação de que a semiologia popular também se estrutura em torno do conceito de doença e seus correlatos. Por um lado, ao considerar apenas parcial e fragmentariamente o campo biológico subjacente ao Complexo DME, a abordagem dos 'sspS' corre o risco de se estruturar abstratamente como um antinaturalismo, privilegiando aspectos sociais, culturais e linguísticos da doença em detrimento dos elementos materiais e objetivos da doença, captados pela moderna tecnologia médica. Certamente, tomar o conhecimento médico e a prática clínica como construções culturais (que de fato o são), e por conseguinte objetos de inquirição antropológica, não desloca a questão da materialidade dos processos e fenômenos da saúde-doença-cuidado. Por outro lado, essa teoria apenas esboça uma definição abrangente dos 'dispositivos patogênicos estruturais' ao desenvolver uma análise dos diferentes níveis de operação dos 'sspS' restrita às polaridades local-global e micro-macro social, características do debate antropológico contemporâneo.

Atualidade das Teorias Culturais da Saúde

Apesar de representarem evidentes avanços em relação aos modelos biomédicos de doença, Kleinman, Good, Young e outros antropólogos médicos realmente permanecem limitados pelas práticas curativas, focalizando o retorno do enfermo ao funcionamento normal e à vida sadia, sem problematizar o que seria essa normalidade e sem efetivamente explicitar a qual conceito de saúde se vinculam. Mesmo considerando a importância concedida a crenças e significados culturais e a glossários pessoais dos pacientes, bem como a proposta de integração dos diversos componentes dos sistemas de cuidado à saúde e seus respectivos modelos explanatórios, a visão desses teóricos sobre a questão conceitual da saúde não teria sido suficientemente interdisciplinar. De fato, restrita à perspectiva da saúde como ausência de enfermidade, pouco teriam contribuído para ampliar o escopo da abordagem médico-antropológica.

Como vimos, uma nova pauta de análise das redes semânticas trata os fenômenos da saúde-doença como narrativa, ao mesmo tempo natural e cultural, resultante de processos concretos de enfermidade parcialmente indeterminados, verdadeiro texto marcado por tramas de diferentes perspectivas. Nessa linha, redes semânticas constituem estruturas profundas que ligam a enfermidade a valores simbólicos fundamentais, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento cultural explícito e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais.

Nesse sentido radicalmente etnológico, o conhecimento da problemática simbólica da saúde (e seus contrapontos) permite articular e expressar sistemas de pensamento, linguagem e ação

produzidos social e historicamente numa perspectiva muito mais enriquecedora que os modelos de determinação estrutural predominantes no discurso teórico das ciências da saúde (Almeida-Filho, 2000b, 2001).

Aplicando essa abordagem ao nosso tema, proponho que o espaço social da saúde compreende processos e vetores que não podem ser referenciados pela noção convencional de determinação social da saúde, mas serão mais bem compreendidos pelas categorias 'produção cultural' de práticas e 'invenção simbólica' de sentidos de saúde. O diferencial semântico corresponde, numa perspectiva epistemológica mais consistente, a diferentes planos e efeitos da estrutura social em que operam os processos concretos da saúde-doença-cuidado.

5 | Saúde como Valor

Neste capítulo, proponho avaliar as bases lógicas, teóricas e metodológicas da concepção de saúde como valor: valor de uso, valor de troca, valor de vida. Ao indicar essa abordagem, evidentemente não estou a propor uma concepção anistórica dos diferentes sentidos da saúde, em abstrato, idealmente fundada em algum valor intrínseco, misterioso, metafísico. De fato, conceitos de saúde como 'valor-em-si', na perspectiva de estado ou situação altamente desejável para o ser humano, têm sido criticados por vários autores devido a seu caráter idealista ou utópico.

Abordagens da doença e da saúde como objetos impregnados ou investidos de valor pela prática médica são classificadas por Boorse (1997) como 'um tipo de positivismo médico'. A ideia de saúde como valor positivo e da doença como desvalor é por ele refutada com base em dois contra-argumentos. Por um lado, a medicina trata muitas condições que não define como doença, como por exemplo intervenções cirúrgicas com fins estéticos. Em reforço a essa constatação, no polo quase oposto, existem situações indesejáveis (como a fome e o frio intenso) que também não constituem doença, mas cujas consequências, complicações e sequelas exigem tratamento. Por outro lado, problemas de saúde não tratáveis, condições terminais, traumas e transtornos de comportamento são considerados como doença, mesmo fora do alcance da tecnologia biomédica.

Para escapar de impasses conceituais desse tipo, ao atribuir valor à saúde e seus efeitos, defrontamo-nos de imediato com a questão da distribuição desigual e muitas vezes perversa dos entes providos de valor na sociedade capitalista. Vida longeva e plena, com qualidade e desempenho, produtividade e satisfação, representa o ideal platônico da saúde como valor social e político que, numa sociedade estruturalmente desigual e injusta, implicaria disparidades de acesso, distribuição e controle de recursos, bens e serviços.

Portanto, a problematização da saúde da maneira aqui proposta pretende reafirmar que os gradientes socialmente perversos reproduzidos em nossas sociedades refletem interações entre diferenças biológicas, distinções sociais, inequidades no plano jurídico-político e iniquidades na esfera ético-moral, tendo sempre como expressão concreta, empiricamente constatáveis, desigualdades em saúde. Tratar essa questão do ponto de vista da crítica teórica significa um esforço inicial no sentido de conhecer com mais profundidade, para superar com efetividade, raízes, estrutura e efeitos das desigualdades sociais no campo da saúde.

Rawls, Sen e a Saúde

A mais importante matriz teórica sobre o conceito de saúde como valor é sem dúvida a teoria da justiça de John Rawls, professor da Universidade de Harvard na segunda metade do século XX. Trata-se também do principal marco teórico que tem subsidiado a produção acadêmica sobre o tema desigualdades em saúde nos países desenvolvidos (Almeida-Filho, 2009).

A teoria da justiça de Rawls propõe igualdade de oportunidades e também de distribuição de valores, bens e serviços referen-

tes a necessidades básicas socialmente referendadas. Entretanto, a saúde não é listada pelo autor como uma das liberdades básicas. Pelo contrário, Rawls define a saúde como um bem natural na medida em que depende dos recursos (*endowments*) individuais da saúde, ao tempo que demarca conceitualmente a justiça (*justice*) como uma categoria institucionalizada de justeza (*fairness*) e utiliza o termo 'diferença' (*difference*) para designar soluções normativas que tomam a justiça como distribuição social compensatória de bens e recursos.

De certo modo, a noção rawlsiana de equidade implica um componente estrutural do sistema de valores contratuais da sociedade burguesa, resultando em equivalência entre os conceitos de equidade e justiça e, correlativamente, entre a falta de equidade e a noção de injustiça. A despeito da referência a noções positivas de justiça (*justice*) e justeza (*fairness*), a problematização metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza estratégias de definição pela negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade (Almeida-Filho, 2009). Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva, como vimos no capítulo 2. Em suma: equidade = ausência de injustiça; saúde = ausência de doença.

Dando sequência a essa linha de pensamento, vários autores desenvolveram variantes dessa abordagem neoutilitarista ao problema das desigualdades em saúde. Dentre esses, destaca-se Amartya Sen, prêmio Nobel de economia de 1998, que traz uma alternativa crítica à teoria rawlsiana de justiça, considerando que a economia teria sido criada historicamente para servir de instrumento social de satisfação das necessidades humanas.

Nas *Radcliff Lectures* ministradas na Universidade de Warwick, em 1972, Sen propôs revisar a teoria das escolhas sociais, sustentado por uma formalização matemática rigorosa em sequência à contribuição de John Nash (outro prêmio Nobel, protagonista do filme *Uma Mente Brilhante*). Como plataforma conceitual pragmática, a partir da crítica das abordagens utilitaristas do bem-estar econômico, Sen elabora uma concepção metodológica integrativa das desigualdades, com duplo escopo (objetivo e normativo). Do ponto de vista da desigualdade objetiva – equivalente à variação relativa de valor (monetário ou social) de qualquer bem ou serviço por meio de um dado indicador econômico –, a questão da desigualdade entre dois elementos x e y implica apenas comparabilidade em escalas cardinais de ordem equivalente. Nesse caso, não haverá maior problema em formular descritivamente as desigualdades $x > y$ ou $x < y$.

No entanto, ao buscar fundamentar sua proposta teórica, Sen define o 'bem-estar social' como vinculado a padrões de distribuição da riqueza e não como efeito da renda bruta ou riqueza apropriada, introduzindo aí a noção da renda relativa ou renda distribuída. A noção de desigualdade normativa – referente ao conceito de bem-estar social (*social welfare*) – remete portanto à distribuição de um dado valor (renda, mas pode ser saúde) entre dois elementos x e y, de modo equânime. Esta categoria de desigualdade permite formalizar a questão da justiça distributiva como solução otimizada para criar equidade entre desiguais. Trata-se de um problema clássico de escolha social (*social choice*) para o problema da equidade redistributiva com o objetivo de remediar desigualdades preexistentes. Entretanto, do ponto de vista normativo, o problema não se resolve apenas fixando critérios abstratos de valor; de fato, depende da aceitabilidade ou

legitimação social da solução distributiva escolhida. Como consequência, devem-se considerar os aspectos de valor econômico *versus* legitimidade social.

Sen atualiza e detalha essas ideias em obras posteriores sobre o tema, principalmente em *Desigualdade Reexaminada*, de 1992. A pergunta crucial do primeiro desses textos é: igualdade de quê? Numa perspectiva de aplicação metodológica, esse autor introduz variáveis focais relevantes (como, por exemplo, rendas, riquezas, utilidades, recursos, liberdades, direitos, qualidade de vida etc.) e outras complementares. Concedendo em sua resposta significativo destaque à questão da saúde, ao justificar paradoxos aparentes no tratamento dessa questão, Sen (2001) considera que desigualdade em termos de uma variável (por exemplo, renda) pode levar-nos a um sentido muito diferente de desigualdade no espaço de outra variável (por exemplo, habilidade funcional, desempenho produtivo, bem-estar ou saúde). Em suas palavras:

> Fossem todas as pessoas exatamente similares, igualdade em um espaço (por exemplo, nas rendas) tenderia a ser congruente com as igualdades em outros (saúde, bem-estar, felicidade). (...) Uma das consequências da diversidade humana é que a igualdade num espaço tende a corresponder, de fato, a desigualdade em outro. (Sen, 2001: 20)

Do ponto de vista conceitual, tal posicionamento implica considerar uma questão complementar: igualdade onde? Para responder a ela, Sen explicita a interessante concepção de 'espaço para a igualdade' e sua noção correlata de 'espaço avaliativo' das desigualdades.

No eixo principal de sua obra, mas também em vários textos secundários específicos, o autor utiliza numerosos exemplos do

campo da saúde, em dois sentidos. Em primeiro lugar, para caracterizar necessidades distintas, propôs considerar linhas de base diferentes para a avaliação das desigualdades e a escolha social de estratégias redistributivas. Nesse caso, deixa espaço para se definir a saúde individual no âmbito do que chama de *capabilities*. Tal conceito, de difícil tradução para o português, algo entre 'capacidades potenciais' e 'competências', constitui valiosa indicação no sentido da construção do conceito de saúde, numa direção apenas esboçada na fase mais tardia da abordagem parsoniana, conforme indicamos adiante.

Em segundo lugar, Sen propôs tomar a esfera da saúde, coletivamente definida no plano socioinstitucional, como campo de sistemas possíveis de compensação visando à equidade, dentro do aparato do *welfare state*. Sugere então que um serviço nacional de saúde poderia fazer parte de um sistema de justiça distributiva indireta, comparável a outros sistemas de justiça definidos pela distribuição direta de subsídios. O problema tornar-se-ia potencialmente mais complexo, por exemplo, ao considerar outras diferenças de base individual além da *capability* chamada saúde.

Essa abordagem veio a se tornar o principal marco teórico sobre o conceito de saúde como valor social, focalizando principalmente a questão da distribuição desigual de renda e de saúde (Almeida-Filho, 2009). Em 1990, Margareth Whitehead, consultora-sênior da OMS, elaborou um documento que se tornou a principal referência conceitual sobre equidade em saúde na literatura internacional. Como premissa básica, equidade em saúde equivaleria a justiça no que se refere à situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência, posto que, idealmente, todos e todas têm

direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito. Em termos práticos, essa aproximação conduziria a uma redução das diferenças em saúde e no acesso a serviços de saúde.

Vários autores seguiram essa linha teórica, considerando que o acesso a recursos de saúde constitui uma liberdade básica rawlsiana que, combinada com os *endowments* da saúde, compreende uma capacidade de gerar saúde (Almeida-Filho, 2009). Desse modo, criticam implicitamente a proposta de Sen como inconsistente com a noção básica de distribuição justa ou equitativa de saúde. Enfim, uma abordagem ampliada da teoria de justiça poderia ser útil para definir a distribuição da saúde na sociedade igualitária ideal como aquela em que o acesso à saúde não foi determinado pelo *status* ou pela renda socioeconômica.

Desigualdades em Saúde

Apesar da insistente referência a noções positivas de justiça, justeza e escolha social, a problematização teórica e metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza a negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade. Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva. Enfim, mediante os termos injustiça e doença, tanto a justiça quanto a saúde são tratadas como negatividade.

A prolífica literatura sobre determinantes sociais da saúde padece de pobreza teórica na medida em que raramente se explicitam pressupostos epistemológicos e teorias sociais cruciais para a compreensão do significado dos conceitos relacionados

às diferenças na saúde-doença-cuidado em populações. Exceção parece ser a contribuição de Jaime Breilh, epidemiólogo equatoriano, que compreende uma análise do significado político de variações e desigualdades na saúde e na doença ante as dimensões individuais e coletivas, situando-as historicamente em relação a agendas específicas.

Breilh (2003) parte de um conceito-chave, *diversidad*, que corresponderia à variação em características ou atributos de uma dada população (gênero, nacionalidade, etnia, geração, cultura etc.). A desigualdade, para esse autor, corresponderia a evidências empiricamente observáveis da diversidade. Tais conceitos podem adquirir um sentido positivo em sociedades em que predominem relações solidárias e de cooperação entre gêneros e grupos étnicos. Nesse referencial, a inequidade (*inequidad*) seria uma categoria analítica da diversidade que marca a essência do problema da distribuição de bens na sociedade. Quando surge historicamente, a inequidade constitui o lado negativo da diversidade, tornando-se veículo de exploração e subordinação. O termo 'iniquidade', por sua vez, seria sinônimo de injustiça. As diferenças constituiriam a expressão, nos indivíduos, ou da diversidade, em sociedades solidárias, ou da inequidade, em sociedades em que haja concentração de poder (Breilh, 2003).

A distinção entre inequidade e iniquidade proposta por Breilh mostra-se de grande interesse, tendo em vista que a distribuição desigual de bens numa sociedade não teria apenas uma raiz política diretamente referida à justiça social (iniquidade), mas seria sobredeterminada estruturalmente (inequidade). Não obstante, os elementos estrutural e jurídico-político das desigualdades, tomados quase como dispositivos diagnósticos,

ainda não recobrem plenamente o complexo de questões vinculadas à superação das alienações sociais. De fato, é preciso considerar os elementos simbólicos referidos à ética política e à moral social, expressos nos sentimentos de indignação e vergonha que, coletivamente organizados, constituem o eixo motriz dos processos de transformação radical das sociedades para a equidade.

No processo de construção de subjetividades e de identidades individuais, mediante a interação de diferenças e semelhanças individuais e homogeneidade e diversidade coletiva, seres humanos procuram mostrar-se diferentes de outros membros de grupos e classes sociais. Considerar tal questão significa trazer ao presente debate o conceito de 'distinção', tal como definido por Pierre Bourdieu, influente teórico social francês recentemente falecido. Referindo-se a práticas culturais vinculadas ao estilo e ao gosto, Bourdieu (2007: 9) propõe o conceito de 'estratégias de distinção', quando a "definição dominante da 'distinção' chama de distintas as condutas que distinguem [o sujeito] do comum, do vulgar, mesmo sem intenção de distinção".

No plano específico da saúde, é preciso considerar diferenças e diversidades que, por se situarem predominantemente no plano simbólico, apareciam como *habitus* (outra categoria da sociologia de Bourdieu) ou como mero resíduo da vida social dos seres humanos, como gostos, estilos de vida, condutas de risco e idiossincrasias de base étnico-cultural, por exemplo. Tal ponto de vista implica incorporar, nas séries semânticas tomadas como embasamento linguístico dos conceitos, um componente etnológico essencial para a compreensão da dinâmica das desigualdades em saúde na sociedade.

Consideremos o conceito de 'disparidade' como forma geral de variações ou diferenças individuais que ganham expressão coletiva nas sociedades humanas. As formas particulares desse conceito podem ser articuladas numa cadeia significante de pares ou díades: semelhança/diferença; igualdade/desigualdade; equidade/inequidade. Outras manifestações das disparidades assumem definições tão peculiares que se sustentam em positividades próprias, compreendendo uma cadeia significante composta pelos conceitos de diversidade, distinção e iniquidade. Com base nesses fundamentos, podemos articular as duas séries semânticas, selecionando alguns significantes-chave.

A ocorrência de 'variação' natural ou genética, expressa em 'diferenças' individuais, advindas da interação de processos sociais e biológicos, produz 'diversidade' nos espaços coletivos sociais e 'desigualdades' nas populações humanas. Por sua vez, estruturas sociais, processos políticos perversos e políticas de governo sem equidade geram desigualdades relacionadas à renda, à educação e à classe social, portanto 'inequidades', correspondendo a injustiça social. Algumas dessas desigualdades, além de injustas, são iníquas e, portanto, moralmente inaceitáveis; constituem iniquidades que geram indignação e potencialmente mobilização social. Em paralelo, nos planos simbólico-culturais, ao construírem identidades sociais baseadas na interação entre diferenças individuais e padrões coletivos, seres humanos afirmam, na maioria das vezes por meio de mecanismos não conscientes, sua 'distinção' de outros como membros de segmentos, grupos e classes sociais.

Em suma, retomando a ideia de quase-ordenamento em espaços ou dimensões simultâneas de Sen, trata-se de considerar

os fenômenos da disparidade social em planos ou campos distintos: o conceito diversidade remete primordialmente à espécie, diferença ao plano individual, desigualdade à esfera econômico-social, inequidade ao campo da justiça, iniquidade ao político, distinção ao simbólico.

Consideremos essa série semântica aplicada à questão geral das disparidades em saúde. Por um lado, desigualdades (variação quantitativa em coletividades ou populações) podem ser expressas por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde) como 'evidência empírica de diferenças' em estado de saúde e acesso ou uso de recursos assistenciais. Nesse caso, saúde pode constituir uma *capability*, no sentido de Sen, e não necessariamente corresponder ao produto de injustiças, como no uso da noção de 'saúde real', conforme visto. Por outro lado, desigualdades de saúde determinadas por desigualdades relacionadas à renda, à educação e à classe social são produto de injustiça social; na medida em que adquirem sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade, devem ser consideradas como inequidades em saúde. Por sua vez, as inequidades em saúde que, mais que evitáveis e injustas, são vergonhosas, indignas, e nos despertam sentimentos de aversão, conformam iniquidades em saúde.

A dimensão da desigualdade em saúde constitui uma questão bioética fundamental. Nessa perspectiva, distinguir inequidade de iniquidade não expressa um mero exercício semântico. Significa introduzir, no processo de teorização, pretensamente neutro e impessoal, elementos de indignação moral e política. Tomar como referência apenas a dimensão da justiça, na esfera da equidade (e do seu oposto, a inequidade) me parece insuficiente no

que diz respeito ao tema da dignidade humana. A proteção dos direitos básicos de um criminoso ou a garantia das prerrogativas jurídicas de um suspeito de corrupção é certamente uma questão de equidade, posto que evoca o fundamento democrático de justiça igual para todos. Entretanto, um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero conformam eloquentes exemplos de iniquidade em saúde.

Conforme argumentei em artigo citado (Almeida-Filho, 2009), rejeito frontalmente qualquer possibilidade de considerar saúde como bem privado, *commodity*, produto, mercadoria ou serviço comercializável, atribuindo-lhe valor monetário e, por conseguinte, posição e preço num mercado de trocas econômicas. Visando a subsidiar tal posição, proponho algumas questões epistemológicas, teóricas e metodológicas sobre o tema desigualdades em saúde capazes de alimentar um debate que precisa, nesse momento de crises e transições, ser ampliado e aprofundado. Agora, tomando o referencial apresentado, entre as questões teóricas pertinentes com repercussões metodológicas, proponho destacar as seguintes: quais são as fontes de desigualdade, inequidade e iniquidade em saúde? Como operam a opressão e a injustiça na promoção e persistência das iniquidades em saúde? Como abordar, de modo conceitualmente consistente e metodologicamente rigoroso, tais questões?

Um primeiro passo consiste em recorrer a teorias críticas da sociedade e da política capazes de explicar as práticas dos sujeitos no espaço social. Aqui, a demanda conceitual concentra-se na construção e na validação de modelos explicativos eficientes dos processos históricos e sociais definidores do objeto de conheci-

mento em pauta, tendo como referência teorias de equidade e justiça. De qualquer modo, qualificar desigualdades como sociais demanda definir o sentido de 'social'. No plano próprio da construção metodológica, que ordem de determinantes seria importante para compreender gênese e efeitos das iniquidades em saúde? Em outras palavras, para compreender o papel das desigualdades na produção de doença, morbidade e mortalidade, tanto quanto saúde, qualidade e extensão da vida humana, é imperativo abordar a questão 'do que' (estados, processos, eventos), antes de tudo, determina ocorrência, forma e atuação dos gradientes sociais.

Questões Complementares

Neste capítulo, busquei analisar o conceito de saúde como um valor social e político das sociedades modernas. Como a moeda, a saúde não constitui um 'valor-em-si', mas se torna de fato um valor nos processos de intercâmbio. Dessa maneira, a saúde não é um poder que se encontra no corpo, sequer se refere ao organismo individual, e sim é um mediador da interação cotidiana dos sujeitos sociais. Nesse aspecto, encontro na obra de Talcott Parsons intrigante antecipação das noções foucaultianas de biopoder e cuidado de si, efeitos da geração difusa e periférica de micropoderes.

No último dos seus trabalhos, sobre a relação entre prática social e condição humana, Parsons (*apud* Almeida-Filho 2001: 768) retoma o tema da saúde, redefinindo-a "como um meio de circulação simbólica que regula a ação humana e outros processos da vida", no contexto de uma curiosa analogia com o conceito econômico de riqueza (*health* = *wealth*). Nessa perspectiva,

a saúde não é algo que se pode 'armazenar', existe apenas enquanto circula, quando é 'usufruída'. A saúde

> é a capacidade teleonômica do sistema vivo individual (...) sua capacidade de lidar com distúrbios (...) advindos tanto da operação interna do sistema vivo quanto da sua interação com um ou mais dos seus ambientes. (Parsons *apud* Almeida-Filho, 2001: 768)

Enfim, a saúde parsoniana não será então o inverso ou a ausência de doença; e sim a moléstia (sempre *illness*, para Parsons) deve ser o 'obverso' da saúde (o vocábulo 'obverso' encontra-se registrado no *Dicionário Aurélio* como termo técnico da botânica, designando um formato especial de folha reticulada). Parsons emprega essa curiosa analogia provavelmente buscando referir-se a uma relação hierárquica entre lados distintos e nem sempre opostos de uma mesma figura.

Como desdobramento, é necessário considerar os efeitos dos processos de determinação social da saúde-doença e da produção social da atenção-cuidado, expressos como desigualdades sociais na qualidade de vida, diversidade no estilo de vida e inequidades nas condições de saúde dos sujeitos. Penso que, nesse caso, visando a superá-las, precisamos nos engajar num trabalho sério de construção conceitual e metodológica capaz de subsidiar a necessária mobilização política no sentido de tornar as diferenças mais iguais (ou menos desiguais); ou seja, de promover igualdade na diversidade, fazendo com que se reduza o papel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades, inequidades e iniquidades econômicas, sociais e de saúde.

Com prioridade, precisamos estabelecer fontes e origens das desigualdades de modo distinto, mas complementar, à aproximação necessária aos temas de natureza, estrutura e componentes das desigualdades sociais em saúde do ponto de vista metodológico. Nesse sentido, desigualdades sociais podem se referir concretamente a disparidades em propriedades, renda, educação, poder político, saúde, resultantes de relações de poder econômico e político entre sujeitos sociais.

Ainda como desdobramento desse plano de articulação, será imprescindível investigar efeitos dos processos sociais de produção da saúde-doença-cuidado. Penso que, nesse caso, importa explorar o impacto das desigualdades na qualidade de vida, no estilo de vida e nas condições de saúde dos sujeitos. Teoricamente, falamos da necessidade de uma abordagem das relações entre 'modo de vida' e saúde, que pode aproveitar bastante de concepções não dimensionais das práticas sociais – por exemplo, o conceito de *habitus* de Bourdieu. Tal abordagem significa focalizar, numa imersão etnográfica na cotidianidade, as práticas da vida diária e, nelas, o efeito da distribuição desigual dos determinantes da saúde-doença-cuidado. Finalmente, o referencial das desigualdades sociais em saúde pode muito bem incorporar a ideia de vulnerabilidade social como um dos seus focos, agregando categorias correlatas, definidas de acordo com o plano de realidade considerado, como, por exemplo, fragilidade, vulnerabilidade, suscetibilidade, debilidade.

6 | Saúde como Campo de Práticas

Neste capítulo, eu pretendo explorar concepções de saúde como práxis. Por questões históricas e políticas, a construção teórica (e retórica) da saúde tem sido realizada mediante o abundante recurso à metáfora de campo: a 'saúde' é um campo, o campo da saúde coletiva, o campo científico da saúde etc. Penso que nesse momento será oportuno revisar circunstâncias e efeitos do uso de metáforas dessa ordem na construção teórica do conceito de saúde e dos objetos da saúde-doença-cuidado. Enfim, tomar a saúde como campo de saberes e de práticas, resultado da complexa e rica trama de atos humanos e instituições socialmente organizadas e coletivamente estabelecidas para enfrentar, nos planos simbólico e concreto, os efeitos de fenômenos, eventos, fatores e processos relativos a vida e morte, a satisfação e sofrimento, normalidade e patologia, enfermidade e saúde.

Nessa perspectiva, retomando argumentos analisados anteriormente (Almeida-Filho, 2000b), pretendo mostrar como uma análise histórico-epistemológica revela ou denuncia campos de saberes recortados por paradigmas, do ponto de vista da crítica teórico-conceitual, e setores de práticas conflagrados por lutas e disputas próprias das crises paradigmáticas e sua transição-superação. Para isso, inicialmente, apresento de modo breve e objetivo alguns elementos introdutórios aos conceitos de 'paradigma' e 'campo social', cruciais para a discussão de alcance e efeitos da

saúde como práxis institucional. Em segundo lugar, pretendo analisar a saúde como um campo geral de saberes e práticas sociais, capaz de articular modelos de ações preventivas de riscos, doenças e morte, além de medidas de proteção e promoção da saúde-doença em indivíduos e na comunidade, em que princípios precaucionários são cada vez mais valorizados.

Paradigmas e Campo

Originário do grego antigo, categoria-chave da ontologia platônica, o termo 'paradigma' denota um sentido razoavelmente estabelecido no campo teórico da filosofia da ciência. Em *A Estrutura das Revoluções Científicas,* sua obra mais divulgada, Thomas Kuhn propõe dois conjuntos de sentidos para o termo. Por um lado, como categoria epistemológica, o paradigma constitui um instrumento de abstração, uma 'ferramenta' auxiliar para o pensamento sistemático da ciência. Nesse caso, trata-se de uma construção destinada à organização do raciocínio, fonte de construção lógica das explicações, firmando as regras elementares de uma dada sintaxe do pensamento científico e assim tornando-se em matriz para os modelos teóricos. Por outro lado, o paradigma constitui uma visão de mundo peculiar, própria do campo social científico. Nesse sentido, implica um conjunto de 'generalizações simbólicas', geralmente na forma de metáforas, figuras e analogias, configurando-se de certo modo como a subcultura de uma dada comunidade científica (Almeida-Filho, 2000b).

A teoria kuhniana do paradigma científico (e suas variantes) rejeita claramente o sentido do senso comum para o termo 'paradigma', na acepção de padrão de referência ou modelo a ser seguido, como ao se dizer que 'o sistema de saúde inglês é o paradigma

da medicina social', por exemplo. No nível semântico, a categoria paradigma tem provocado grande controvérsia entre os filósofos da ciência. Porém, de todo modo, essa concepção fez avançar uma abordagem construtivista da ciência, propondo que a construção do conhecimento científico não se dá em abstrato, isolada no individualismo dos pesquisadores, mas sim que ocorre institucionalmente organizada, no seio de uma cultura, de dentro da linguagem. A ciência pode então ser vista como prática social historicamente determinada que só existe no seio do paradigma (Almeida-Filho, 2000b).

Partindo da teoria histórico-social de Kuhn, Boaventura de Sousa Santos (2000) elabora o conceito de paradigmas socioculturais e propõe a noção de 'transição paradigmática' para dar conta das dimensões social e política na pós-modernidade. Segundo esse autor, os paradigmas socioculturais nascem, desenvolvem-se e morrem. Assim, o paradigma da modernidade surgido entre os séculos XVI e XVIII centrava-se em dois pilares: regulação e emancipação. O primeiro foi constituído pelos princípios do Estado (Hobbes), do mercado (Locke e Adam Smith) e da comunidade (Rousseau). O segundo seria formado pelas racionalidades weberianas – estético-expressiva (artes e literatura), cognitivo-instrumental (ciência e tecnologia) e moral-prática (ética e direito). O paradigma sociocultural da modernidade, embora ambicioso e revolucionário, enfrenta as contradições entre os dois pilares, gerando promessas não cumpridas e lacunas irremediáveis. Assim, "o que mais nitidamente caracteriza a condição sociocultural deste fim de século é a absorção do pilar da emancipação pelo da regulação" (Sousa Santos, 2000: 55).

Na análise das revoluções científicas, todavia, a visão kuhniana privilegia as ciências naturais, reconhecendo o caráter pré-paradigmático das ciências sociais. O paradigma dominante no campo científico da saúde fundamenta-se em uma série de pressupostos que nos acostumamos a chamar quase pejorativamente de 'positivismo'. O positivismo mais radical considera que a realidade é que determina o conhecimento, sendo possível uma abordagem imediata do mundo, das coisas e dos homens. Além disso, o paradigma do positivismo opera como se todos os entes constituíssem mecanismos ou organismos, sistemas com determinações fixas, condicionados pela própria posição dos seus elementos.

No sentido cartesiano original, conhecer não é apenas expor o mecanismo do objeto nas suas peças fundamentais, mas sim ser capaz de reencontrar a posição de cada peça, reconstruir o mecanismo e pô-lo em funcionamento. O processo do conhecimento opera na direção da síntese, da remontagem do objeto reduzido, na tentativa de restaurar sua estrutura e função. De fato, uma versão ingênua do cartesianismo ainda assola o campo da saúde, principalmente na sua área de aplicação mais individualizada, a clínica médica. Perante os processos da saúde-doença-cuidado, por exemplo, a metáfora do corpo como mecanismo (e dos seus órgãos como peças) tem sido efetivamente muito influente na constituição das chamadas ciências básicas da saúde (Almeida-Filho, 2000b).

Nessa etapa, a metáfora do mecanismo representa a forma mais simplista de dar conta do conhecimento como revelação do determinismo do objeto, porém a ciência produz metáforas mais sofisticadas e eficazes para explicar os seus objetos cada vez menos tolerantes a abordagens reducionistas. Por esse motivo, o

paradigma mecanicista termina por encontrar uma série de dificuldades institucionais, políticas, históricas e principalmente epistemológicas, logo alcançando limites na sua abordagem. O avanço do conhecimento científico rompe as fronteiras impostas por essa forma de prática científica, que assim perde a posição prestigiosa de fonte de legitimidade baseada em uma verdade racional.

Vejamos agora o conceito de campo. Devemos o conceito de campo social a Pierre Bourdieu. Nas epistemologias pragmáticas contemporâneas, define-se campo como espaço social relativamente autônomo, constituído por uma estrutura de redes de relações objetivas, tendo o conceito de *habitus* (referentes simbólicos) como central. Esse conceito permite considerar, no plano epistemológico, cenários, atores e movimentos de crítica, elaboração e superação de matrizes paradigmáticas capazes de alimentar o pensamento e a ação transformadora no âmbito da práxis.

Nessa linha, Bourdieu (1983) contribui com os conceitos de capital simbólico e campo científico, em que operam determinações políticas e científicas para a sua constituição. Para esse autor, além do capital econômico, cabe considerar no mundo social o capital cultural, o capital social e o capital simbólico. Este último, fundamental para a análise do campo científico, manifesto como prestígio, reputação, fama etc., seria a fonte estruturante da legitimação das diferentes espécies de capital. O campo científico constitui um campo social como outro qualquer, com relações de força e monopólios, lutas e estratégias, interesses e lucros. A produção científica se dá num campo de forças sociais que pode ser compreendido como um espaço multidimensional de relações em que os agentes ou grupos de agentes ocupam determinadas posições relativas, em razão de diferentes tipos de poder. Desse

modo, Bourdieu (1983) articula estruturalmente os conceitos de campo econômico, campo político, campo literário, campo religioso, campo científico. Com referência a este último, que nos interessa, considera o campo científico (ou campo disciplinar) como espaço social do capital científico. Subsidiariamente, poderemos considerar também o conceito de campo de ação tecnológica, definido como espaço de aplicação dos saberes e das técnicas gerados pelos campos científicos.

Paradigmas no Campo Social da Saúde

No campo da saúde, o termo paradigma foi inicialmente utilizado por Juan Cesar Garcia para orientar o desenho de planos de estudo que facilitassem a incorporação do ensino das ciências sociais na saúde pública, mediante a incorporação de variáveis psicossocioculturais pertinentes a modelos de compreensão da produção social da saúde. Nesta acepção, o termo paradigma aproxima-se da noção de modelo, como representação simplificada e esquemática da realidade que retém os seus traços mais significativos, a exemplo do paradigma da 'história natural da doença' de Leavell e Clark (1976) ou do 'campo da saúde' (Paim & Almeida-Filho, 2000).

Atualmente, podemos encontrar numerosos usos (e até abusos) do conceito de paradigma no campo da saúde coletiva – desde uma equivalência do paradigma ao conceito amplo de campo disciplinar, como por exemplo na noção de 'paradigma da saúde pública', até um tratamento mais regionalizado de paradigma no sentido da mera atitude perante uma instituição, como nos múltiplos usos que o termo vem adquirindo no campo das ciências da gestão. Em um nível intermediário, no próprio campo da saúde,

documentos oficiais de construção doutrinária têm feito uso do termo na conotação de modelo ou abordagem, como por exemplo a noção de 'paradigma da atenção primária à saúde'. O termo paradigma tem sido também empregado para qualificar distintos movimentos ideológicos que se têm apresentado sucessivamente no campo da saúde, tais como a medicina preventiva, a saúde comunitária e, mais recentemente, a saúde coletiva, a 'nova saúde pública' ou o movimento da promoção da saúde (Paim & Almeida-Filho, 2000).

Nessa linha, resulta óbvio e imediato o uso da metáfora de campo, juntamente com o seu referencial teórico, para designar o espaço social em que sujeitos aplicam conhecimentos e operam tecnologias ancorados em conjuntos articulados de instituições e redes sociais organizadas para reproduzir saberes e produzir práticas de saúde. O trabalho teórico-epistemológico de inspiração bourdieusiana empreendido mais recentemente aponta o campo da saúde como um espaço de saberes interdisciplinares e multiculturais e não propriamente como uma disciplina científica.

A ideia de que a saúde conforma um campo social aparece formalmente em 1974, no Canadá, num documento conhecido como *Relatório Lalonde* (Paim & Almeida-Filho, 2000). Este relatório lança as bases de um movimento pela promoção da saúde, trazendo a meta de adicionar não só 'anos à vida, mas vida aos anos'. Toma como modelo uma metáfora topológica que veio a se chamar de 'campo da saúde', composto por quatro eixos: a 'biologia humana', incluindo ciclos de vida, do nascimento à adolescência, da maturidade ao envelhecimento, além de biossistemas complexos e herança genética; o 'sistema de organização

dos serviços', contemplando as redes institucionais de cuidado, compreendendo componentes de recuperação, curativo e preventivo; o 'ambiente', definido de um modo amplo e abrangente, que envolve o social, o psicológico e o físico; e, finalmente, o 'estilo de vida', considerando padrões de consumo e comportamentos de risco, atividades de lazer, participação política, emprego e riscos ocupacionais.

Com base nessas ideias e aplicando modelos inovadores de planejamento estratégico, implanta-se em várias províncias do Canadá um sistema de medicina socializada, síntese dos modelos de atenção precedentes. A Carta de Ottawa, documento oficial que institucionaliza o modelo canadense, define os principais elementos discursivos do movimento da promoção da saúde: 1) integração da saúde como parte de políticas públicas 'saudáveis'; 2) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; 3) reorientação dos sistemas de saúde; 4) ênfase na mudança dos estilos de vida. Propõe um modelo de atenção à saúde com base em gravidade dos problemas de saúde, prioridade dos tomadores de decisão, disponibilidade de soluções efetivas com resultados mensuráveis e custos planejados, focalizando iniciativas centradas na promoção da saúde, na regulação, na pesquisa, na eficiência da gestão e no estabelecimento de objetivos dos programas e planos de cuidado à saúde (Paim & Almeida-Filho, 2000).

Cabe aqui introduzir uma proposta de distinção, não trivial, entre campo da saúde (definido pragmaticamente no Relatório Lalonde e teoricamente na perspectiva bourdieusiana, como vimos até agora) e campo da saúde coletiva. Como campo de conhecimento, a saúde coletiva estuda fatos da saúde/doença em populações como processo social; investiga a dinâmica das

doenças na sociedade como fluxos de reprodução social; busca compreender práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; analisa as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e, para enfrentá-los, constitui, organiza e sustenta um campo social específico. A saúde coletiva, tal como vem se concretizando nas últimas décadas, especialmente no Brasil, orienta-se para uma delimitação provisória como um campo de pesquisa, de formação acadêmica e profissional e de transformação de um espaço de práticas sociais especificamente voltadas para lidar com fenômenos, desenvolver conceitos, produzir conhecimentos, aplicar técnicas. É esse espaço peculiar e específico que proponho designar como campo da saúde coletiva.

Enfim, o que chamamos hoje de saúde coletiva se estrutura sobre um campo disciplinar: a epidemiologia; um campo de ação tecnológica: o planejamento e gestão em saúde; e um campo de prática social: a promoção da saúde. Nessa perspectiva, pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar que desenvolve atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas etc. Essa área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial. Esse campo é certamente caudatário de outros campos, como os campos de prática social das políticas públicas e da saúde ambiental; o campo de ação tecnológica da

clínica, definida como atenção à saúde individual; bem como os campos disciplinares da matemática/estatística e das ciências humanas e sociais.

Modelos de Prática

O objeto possível da saúde-enfermidade-cuidado é sem dúvida um objeto de alta complexidade que só se define em sua configuração mais ampla, já que tem facetas e ângulos distintos cujo olhar não dá acesso à sua integralidade. Não se trata de um objeto obediente às determinações da predição, aquela das antecipações limitadas e limitantes, rigorosas e precisas. Efetivamente, o objeto saúde é muito mais tolerante a formas aproximadas de antecipação do seu processo, ressaltando a natureza não linear da sua determinação e a imprecisão (ou borrosidade) dos seus limites. Faz parte de uma nova família de objetos científicos, construído como objeto totalizado. Trata-se, enfim, de um objeto por definição complexo e contextualizado, congruente com o neossistemismo típico das novas aberturas paradigmáticas. A lógica que deve predominar em tais objetos possíveis, por conseguinte, seria múltipla e plural, não se expressando de maneira codificada, mas possível de ser reconhecida por seus efeitos.

A ideia de um campo geral de práticas chamado de promoção da saúde, contendo tanto a prevenção quanto a proteção e a promoção (senso estrito) da saúde individual e coletiva, supõe um repertório social de ações preventivas de morbidade (riscos, doenças etc.), protetoras e fomentadoras da salubridade, que de certo modo contribui para a redução dos sofrimentos causados por problemas de saúde-doença na comunidade. Tal perspectiva impõe uma integração teórica e filosófica da rede

de conceitos correlatos à saúde (vida, risco, doença, cuidado, cura) ao conjunto de práticas discursivas e operacionais dos novos campos de saberes e de práticas que cada vez com mais intensidade e frequência se formam em torno do objeto saúde (Almeida-Filho, 2000b).

Com esse objetivo, os conceitos e as práticas que correspondem à promoção no campo da saúde podem ser agrupados em três grupos:

1. Modelos de prevenção de doenças ou eventos mórbidos, eficazes nos campos de prática tecnológica da saúde pública e da clínica, com as seguintes variantes:
   a) modelos de prevenção individual (conceito clínico de risco individual);
   b) modelos de prevenção populacional (conceito de risco epidemiológico).

2. Modelos de intervenção nos campos da saúde ambiental e ocupacional, tomando o conceito de risco como perigo estruturado. Neste caso, é preciso explorar sua base dedutiva, descritiva, estrutural, tarefa que evidentemente extrapola os objetivos do presente ensaio.

3. Modelos de risco como emergência. Trata-se, neste caso, de explicitar a base filosófica da contingência, articulada como processos de emergência em modelos de complexidade. Este conceito subsidia:
   a) modelos de promoção da saúde;
   b) modelos de vigilância em saúde.

O Quadro 2 ilustra comparativamente os principais elementos de atuação comparativos dessas estratégias.

Quadro 2 – Estratégias de atuação em saúde

Estratégias	Dispositivos	Signos	Alvos	Ações
Prevenção	Riscos	Fatores de risco	Grupos de risco	Redução Remoção
Proteção	Marcadores	Defesas	Sujeitos Comunidades	Imunização Reforço
Promoção	Monitores	Tendências Padrões	Ambientes Produtos	Monitoramento Fomento
Precaução	Sensores	Eventos sentinela	Ambientes Cenários	Legislação Controle

Fonte: Almeida-Filho e Coutinho, 2007.

Os dispositivos, signos e ações apontados no Quadro 2 são característicos de cada estratégia, porém não se propõe aí uma relação de exclusividade, nem biunívoca, ponto a ponto. Para uma compreensão mais clara dos quadros propostos, explicitaremos, a seguir, seus termos.

O exame desse quadro propicia elementos de análise que permitem posicionar a noção de integralidade no contexto das práticas de saúde. Tais práticas podem ser agrupadas em quatro grupos:

1) Prevenção de riscos ou danos – trata-se de ações destinadas a evitar a ocorrência de doenças ou agravos específicos e suas complicações ou sequelas. Em geral, constituem ações de aplicação e alcance individuais, não obstante repercussões no nível coletivo provenientes de efeitos agregados cumulativos das medidas de prevenção. Os textos clássicos que construíram o modelo preventivista propõem uma distinção entre prevenção primária, secundária e terciária (Leavell & Clark, 1976). A prevenção

primária compreende a eliminação ou redução das causas das doenças ou problemas de saúde, na fase pré-clínica, antes do aparecimento de sinais ou sintomas, com a finalidade de impedir ou minimizar a sua ocorrência. A prevenção secundária implica identificação precoce dos primeiros sinais clínicos, buscando abreviar o curso, prevenir complicações ou melhorar o prognóstico de uma dada patologia por meio de tratamentos rápidos e eficientes. A prevenção terciária destina-se à redução de danos ou sequelas resultantes de processos patológicos. Note-se que, por um lado, apenas o primeiro nível corresponde à definição de prevenção do senso comum, enquanto, por outro, os demais níveis de prevenção terminam por englobar todo o repertório de práticas terapêuticas e reabilitativas da clínica. O essencial da crítica ao modelo preventivista foi estabelecido por Sergio Arouca em 1975, numa tese clássica intitulada *O Dilema Preventivista.*

2) Proteção da saúde – compreende ações específicas, de caráter defensivo, com a finalidade de proteger indivíduos ou grupos de indivíduos contra doenças ou agravos. Distingue-se da prevenção porque a especificidade da proteção encontra-se na natureza e magnitude das defesas e não na intensidade dos riscos. A proteção da saúde pode ser tanto individual quanto coletiva. A redução da vulnerabilidade (melhora de condicionamento físico, por exemplo) e o aumento da resistência (ou resiliência, no caso de doenças psicossomáticas) são ilustrativos do primeiro caso; as eficientes tecnologias de fomento de imunidade coletiva são exemplos do segundo caso.

3) Promoção da saúde (em sentido restrito) – incluem-se aqui ações de fomento da capacidade dos seres e dos ambientes no sentido de reforçar positivamente os 'valores de promoção da

vida' – para usar uma expressão de Jaime Breilh (2003) –, sem um sentido defensivo mas sim afirmativo da saúde. O conceito restrito de promoção da saúde refere-se à ação difusa, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade.

4) Precaução em saúde – a utilização das estratégias de precaução no campo da saúde, como construção de cenários antecipatórios possíveis a danos existentes ou projetados, desempenha um papel que não pode ser negligenciado de também antecipar, e nesse caso conter, reações de pânico ou inquietação generalizadas que muitas vezes o imaginário social desenvolve ante o desconhecido. Associamos a estratégia de precaução em saúde aos modelos de imprevisibilidade de eventos, incorporados nas teorias da complexidade como emergência e na filosofia como contingência. De todas as modalidades lógicas, esta é, seguramente, a que mais resiste a uma apreensão direta de sentido.

Em outras palavras, trata-se da ocorrência de um evento que faz cessar, interrompe bruscamente, um estado anterior, mas que, em conformidade com o real, não se inscreve como fato. Poderá ser, retroativamente, integrado à cadeia significante como suporte para estratégias fomentadoras de ações globais de supervisão e vigilância. Integra-se, dessa maneira, às práticas atualmente denominadas de promoção da saúde, destinadas a detectar, compreender e significar emergências-ocorrências-contingências para, com isso, reconhecer (para fazer cessar seus efeitos) eventos similares futuros (Almeida-Filho & Coutinho, 2007).

Como um todo, a ideia de um campo geral de promoção da saúde, contendo tanto a proteção da saúde como a prevenção de

riscos e o tratamento de doenças, juntamente com uma definição restrita de promoção da saúde, implica que todo o repertório social de ações preventivas, curativas e reabilitativas sobre riscos e doenças, protetoras e fomentadoras da saúde, de certo modo contribui para a redução do sofrimento causado por problemas de saúde na comunidade. A prática de localização precoce de portadores e pacientes de doenças de alta transmissibilidade, característica da vigilância epidemiológica, constitui aplicação direta e clara da ideia de prevenção secundária em nível agregado, em que cada caso índice corresponderia a um sintoma ou sinal precoce, e o isolamento, bloqueio ou outras medidas de controle corresponderiam ao tratamento rápido destinado à prevenção de complicações na situação de saúde, no caso de um surto epidêmico de grandes proporções, por exemplo.

A estratégia de prevenção em saúde há muito se converteu à ordem da necessidade, assentada no modelo da causalidade e cuja intervenção mais específica seria a modelagem da realidade. Por sua vez, a proteção à saúde como estratégia, por vários ângulos de análise, é logicamente impossível, apesar de historicamente ter sido construída como campo de prática plausível. Seu modelo é o controle, e a intervenção requerida, o experimento. Tal modalidade – o impossível – deve ser tomada em sua estrutura lógica, não significando com isso que não exista.

Controle e experimento não são realidades em si, mas realidades linguísticas não encontráveis nas condições efetivas da pesquisa ou da intervenção; tal como os eventos contingentes, são realizados e somente então reconhecidos por seus efeitos. Rigorosamente, um experimento nunca pode ser reproduzido, é único, podendo, ao ser replicado, constituir série. Porém, tal

replicação nunca se dá conforme o planejado, posto que a situação do laboratório não tem com a vida outra relação senão de verossimilhança; por mais que ensaiemos, jamais a realidade do experimento corresponderá ao real do evento. Nessa perspectiva, os conceitos de emergência ou contingência articulam acontecimentos dos quais podemos apenas constatar efeitos e, na impossibilidade de propor medidas de ação retroativas, indicar formas precaucionárias de base analógica. Em geral, são acontecimentos desencadeados por fatores múltiplos e interconectados, estruturados em redes abertas, o que impossibilita estabelecer, entre eles, relações lineares de causalidade (Almeida-Filho & Coutinho, 2007).

O conceito de saúde empregado para a definição de cada uma dessas estratégias e suas respectivas ações (com sinais, dispositivos, alvos etc.) é definidor dos critérios de avaliação do seu impacto sobre a situação de saúde. A noção de proteção da saúde fundamenta-se em um conceito estrutural de risco como possibilidade, enquanto o modelo de prevenção baseia-se no conceito epidemiológico de risco como probabilidade. Ratificando a ideia de centralidade do campo disciplinar da epidemiologia, eu gostaria enfim de destacar que o conceito correlato 'fator de risco' subsidia tecnologias de controle de doenças que permitem operacionalizar a prevenção primária. A noção de 'marcador de risco', por sua vez, articula-se à vigilância de grupos de risco e à identificação precoce de casos nas ações de prevenção secundária. Cabe incorporar a esse glossário os conceitos suplementares de 'sensor de risco' e de 'monitor de risco', referidos a indicadores estruturais de risco (de processos, produtos e ambientes) como propiciadores da possibilidade de

ocorrência de doenças ou agravos à saúde. Assim, o modelo preventivista rege-se por uma concepção de saúde como ausência de doença, posto que será sempre necessário referir-se à doença e ao risco quando se orientam ações no sentido de preveni-los. Em contrapartida, os modelos de proteção e promoção da saúde somente se viabilizam com base em concepções positivas da saúde, tanto no sentido individual quanto no sentido coletivo (Almeida-Filho & Coutinho, 2007).

Uma Nova Perspectiva de Determinação da Saúde

O esquema proposto neste capítulo implica um dispositivo ainda preliminar e esquemático de síntese, por definição insuficiente para dar conta da complexidade dos fenômenos, processos e problemas de saúde. A oportunidade para conceber o complexo 'promoção-saúde-doença-cuidado' em uma nova perspectiva paradigmática, mediante políticas públicas saudáveis e participação da sociedade nas questões de saúde, condições e estilos de vida, implica a construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-o face às evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas (Paim & Almeida-Filho, 2000). Não obstante seus limites, essa proposta pode ser útil para o necessário debate teórico-epistemológico sobre a noção de integralidade das ações de saúde como estratégia de interferência na complexa problemática da conjuntura sanitária brasileira neste início do milênio.

Nesse sentido, no âmbito da práxis, a saúde coletiva deve participar ativamente na transição epistemológica, começando por se contrapor radicalmente ao paradigma mecanicista e individualizador hegemônico no campo. Os elementos histórico-concretos

aqui assinalados permitem a análise de novos paradigmas no campo da saúde, já que campos disciplinares não são preenchidos por entidades abstratas tais como noções, conceitos e modelos. São de fato ocupados por sujeitos históricos organizados em 'comunidades científicas' e em 'comunidades de prática' e vinculados ao contexto sociopolítico mais amplo. São esses sujeitos que, na sua prática concreta cotidiana, dentro e fora das instituições de formação, constroem e reconstroem paradigmas e buscam introduzi-los nas respectivas práxis (Paim & Almeida-Filho, 2000).

No âmbito da produção de conhecimento, conforme tenho buscado analisar em diversas oportunidades (Almeida-Filho, 2000a, 2000b, 2001, 2009; Almeida-Filho & Coutinho, 2007), o passo mais importante será certamente reconfigurar o objeto 'saúde'. Assim, podemos falar de sobredeterminação como uma categoria geral, cujas modalidades seriam múltiplas, dando como exemplo a determinação causal, a determinação dialética e a determinação estrutural, dentre outras. Aplicando de modo livre tal abordagem pluralista ao nosso tema, proponho que o campo da saúde resulta da sobredeterminação de processos e vetores de desigualdades que podem ser referenciados pelas seguintes categorias particulares de processos determinantes:

1. 'Determinação' social da situação e das condições de saúde.
2. 'Produção' cultural das práticas de saúde.
3. 'Construção' política das instituições de saúde.
4. 'Invenção' simbólica dos sentidos da saúde.

Do ponto de vista da sobredeterminação da saúde-doença-cuidado (Almeida-Filho & Coutinho, 2007), mais importante

que formalizar rigorosamente métodos para medir desigualdades em saúde certamente será compreender suas raízes e determinantes. Sobre essa plataforma conceitual então podemos adicionar à questão da determinação da saúde os importantes temas da 'produção' das práticas, 'construção' das instituições e da 'invenção' dos sentidos da saúde. O diferencial semântico sugerido entre os termos 'determinação social', 'produção cultural', 'construção política' e 'invenção simbólica' corresponde, numa perspectiva epistemológica mais consistente, a diferentes planos de realidade e distintos efeitos da estrutura de desigualdades que, no cotidiano das sociedades contemporâneas, tornam-se permanente fonte de injustiças e iniquidades.

Enfim, qualquer tratamento heuristicamente eficiente da questão da saúde deverá certamente ancorá-la em modelos explicativos de maior complexidade e em espectros conceituais mais amplos: do molecular-subindividual-sistêmico-ecológico na dimensão biológica ao individual-grupal-societal-cultural na dimensão histórica, conforme discutiremos no capítulo seguinte.

7 | Saúde como Síntese

Como verificamos nos capítulos anteriores, teorias restritas de saúde, ontológicas ou dinâmicas, reguladas pela negatividade ou pela positividade, aplicadas ao indivíduo ou ao coletivo, de base biológica ou sociocultural, mostram-se incapazes de dar conta da complexidade e do dinamismo desse peculiar objeto de conhecimento. De fato, o que discutimos até aqui parece configurar a crônica de resistência de um conceito. De modo algum o objeto 'saúde' revela docilidade e submissão. Tem resistido às tentativas, mais ou menos competentes, de domesticação pelas ciências da estrutura e pelas ciências da interpretação. Um balanço crítico desse esforço permite concluir que a abordagem da questão da saúde pelo viés científico – social, antropológico e biológico – terá alcançado seus limites sem a mais tênue possibilidade de apreender as múltiplas e diversificadas propriedades do objeto-modelo complexo, totalizado, articulado, multifacetado que se pretende construir.

No presente capítulo, proponho considerar as possibilidades de uma concepção holística da saúde, retomando análises anteriores (Almeida-Filho, 2000b, 2001), o que implica avaliar o seguinte conjunto de questões: haverá mesmo viabilidade no projeto de uma teoria geral da saúde, tomando o conceito de saúde como objeto-modelo determinado? Em síntese: pode a saúde ser tratada como um conceito científico? Ou existirá, nesse empreendimento,

um problema filosófico de fundo ou algum obstáculo epistemológico essencial? Caso seja mesmo viável pensar a saúde como conceito, de que maneira a crítica epistemológica poderá contribuir nesse sentido?

A Saúde segundo Canguilhem

Como vimos na abertura deste texto, Canguilhem concordaria com a ideia de que a saúde não só compreende uma questão filosófica como também constitui um objeto do campo científico. Enquanto a saúde filosófica compreende a saúde individual, a saúde científica será a saúde pública, ou seja, uma salubridade que se constitui em oposição à ideia de morbidade. Com base nesse argumento, a saúde filosófica não incorpora apenas a saúde individual, mas também o seu complemento, reconhecível como uma saúde pública. Porém, a noção de saúde pública do filósofo, referida a questões de base ética e metafísica (que resultaria, por exemplo, nas noções de utilidade, qualidade de vida e felicidade), distancia-se da noção de saúde pública do sanitarista.

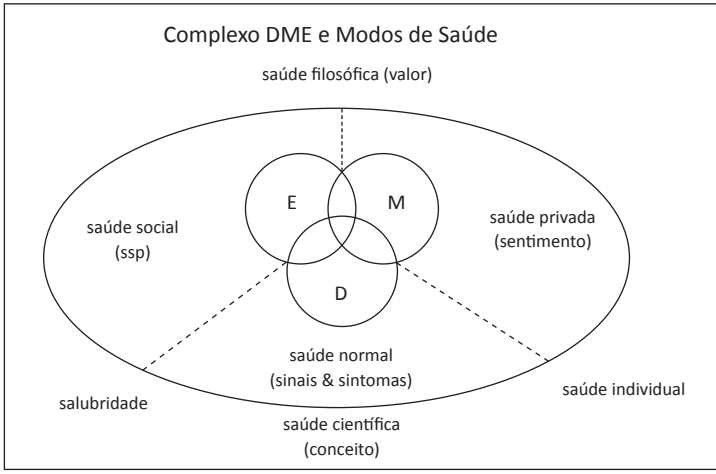
Sendo o corpo um produto de processos complexos de intercâmbio com o meio, na medida em que estes podem contribuir para determinar o fenótipo, a saúde corresponderia a uma ordem implicada tanto na esfera biológica da vida quanto no modo de vida (Canguilhem, 1990). Como produto-efeito de um dado modo de vida, a saúde implica um sentimento de poder enfrentar a força da enfermidade, funcionando assim como um seguro social implícito contra os riscos. Nessa altura do seu argumento, Canguilhem refere-se à higiene, que se inicia como uma disciplina médica tradicional, feita de normas, não escondendo uma ambição política de regulamentar a vida dos indivíduos. A partir

da higiene, a saúde torna-se um objeto de cálculo e começa a perder a sua dimensão de verdade particular, privada, passando a receber uma significação empírica como conjunto e efeito de processos objetivos.

É curioso observar que Canguilhem já teria de há muito firmado uma posição sobre essa questão. Por um lado, reconhece a cientificidade potencial do conceito de saúde, pois, mesmo admitindo que esta não se refere a uma existência e sim a uma norma com função e valor, "isto não significa que saúde seja um conceito vazio" (Canguilhem, 2006: 54). Por outro lado, o jovem Canguilhem não conseguia encontrar justificativa para o projeto de uma ciência específica da saúde. Em suas próprias palavras: "Se a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível" (Canguilhem, 2006: 76).

Nessa perspectiva, podemos inserir o discurso da saúde coletiva tal como o conhecemos. Porém, Canguilhem defende a ideia de que a saúde científica poderia enfim assimilar também alguns aspectos da saúde individual, subjetiva, filosófica, e então não apenas a doença e a salubridade (ou, numa terminologia mais atualizada, os riscos) devem ser estudadas pela ciência. A posição canguilhemiana sobre essa questão encontra-se esquematizada na Figura 5, elaborada em torno do conceito de Complexo DME.

Figura 5 – Modelo de Canguilhem (adaptado)



Fonte: Almeida-Filho, 2001.

Essa concepção compreende estado de saúde de populações e seus determinantes tanto no sentido de complemento do conceito epidemiológico de risco quanto como referência ao conceito mais amplo de necessidade radical de saúde.

O conceito de necessidade significa uma abertura conceitual especialmente interessante para o projeto de uma teoria geral da saúde na medida em que implica saúde como positividade, mesmo no sentido parcial de preenchimento de uma carência essencial do sujeito (como resistência ou resiliência) e da sociedade – como situação positiva de saúde. Esta proposta foi aplicada ao campo da saúde por Ricardo Bruno Gonçalves, para quem "as necessidades de saúde poderiam ser conceitualizadas como aquilo que precisa necessariamente ser realizado para que um ser continue sendo um ser" (Gonçalves, 1992: 19).

A Epistemologia da Saúde de Juan Samaja

O epistemólogo argentino Juan Samaja foi um caso raro de filósofo com formação e interesse em saúde pública. Samaja (2007) toma Canguilhem como ponto de partida para investigar as condições de possibilidade de uma teoria científica da saúde. Ele critica tanto a tese canguilhemiana de que o conceito de saúde articula-se primordialmente ao mundo biológico quanto a tese foucaultiana implícita que propõe um conceito de saúde puramente social ou meramente discursivo (ideológico-político).

Para Samaja (2007), o paradigma dos sistemas complexos adaptativos poderá servir como base epistemológica para a superação da antinomia biológico-social, dadas as demandas conceituais já estabelecidas pelos desenvolvimentos e usos práticos da noção 'saúde' nos discursos leigos e técnicos da modernidade. Em sua opinião, é preciso conceber o conceito da saúde como um objeto complexo com distintas faces hierárquicas. Incorporando elementos da hermenêutica crítica contemporânea, esse autor propõe que o objeto-modelo 'saúde' deve operar de acordo com quatro determinações ontológicas essenciais:

1. Normatividade – o objeto saúde é normativo porque existe e consiste nas interfaces hierárquicas dos sistemas dinâmicos sociais e biológicos, reais e ideais, que conformam o mundo humano por meio de processos de estabelecimento e avaliação das normas de existência.

2. Dramaticidade – o objeto saúde é dramático em dois sentidos: primeiro, num sentido recursivo, na medida em que existe-consiste nos processos iterativos, reprodutores e transformadores das interfaces hierárquicas; segundo, dramático num sentido conflitivo, posto que cada ordem hierárquica conser-

va um alto nível de autonomia e, consequentemente, de vulnerabilidade em relação às interfaces.

3. Reflexividade – o objeto saúde é reflexivo porque existe-consiste no campo dos sentidos professados e das práticas vividas pela 'conduta produtora-apropriadora (especificamente humana)'.

4. Historicidade – o objeto saúde apresenta uma natureza ontossociogenética: existe-consiste na dialética dos processos estruturais que recapitulam as gêneses passadas.

Nesse percurso de construção teórica, que assumidamente toma a saúde como um valor social (e quase como um tipo-ideal), Samaja (2007) destaca sua natureza complexa, plural e, fundamentalmente, articuladora de múltiplas determinações. O autor deriva dessas reflexões uma série de importantes conclusões epistemológicas, dentre as quais ressalta a de que o campo teórico da saúde emerge da produção e formulação de um conhecimento 'politomorfo' sobre a dialética normal-patológico. Para isso, o campo interdisciplinar das ciências da saúde estrutura-se com base em produções cognitivas dos distintos objetos subordinados, revelando diferentes planos de emergência e interfaces hierárquicas. A questão fundamental dessa investigação epistemológica consiste justamente na identificação das interfaces estruturantes da totalidade multifacetada do objeto-modelo 'saúde'. Para Samaja (2007), as interfaces principais seriam:

- molécula // célula (categoria específica: *autopoiesis*);
- célula // organismo (categoria: ontogênese);
- organismo // sociedade (categoria: acoplamento estrutural).

Além disso, ele propõe considerar as interfaces na esfera da sociedade, desdobradas da seguinte maneira:

- biossociedade // sociedade gentílica;
- sociedade gentílica // sociedade política.

Não obstante a propriedade da sua formulação, Samaja não se refere a uma importante interface intermediária, ainda em nível subindividual, envolvendo os órgãos e sistemas do organismo, cuja categoria específica poderia ser a diferenciação tissular funcional. Além disso, falta na sua análise um tratamento da espécie como coletivo de espécimens individuais e do ambiente como espaço organizado de convivência entre espécies, configurando níveis hierárquicos superiores ainda que em planos distintos. A contribuição de Samaja apresenta-se como uma proposição crítica, porém intermediadora do pensamento de Canguilhem, possibilitando sua instrumentalização como marco de referência para uma teoria geral da saúde.

Recorrendo tanto às ciências dos sistemas simbólicos quanto às ciências dos sistemas biológicos organizados, Samaja (2007) propõe uma perspectiva que sem dúvida supera o problema de Kant e atualiza a teoria de Canguilhem diante dos novos desenvolvimentos paradigmáticos da ciência contemporânea. Afinal de contas, no tempo de Kant só se credenciava como ciência a física, a astronomia e a história natural. Nenhuma surpresa no fato de que ao filósofo fundador da epistemologia moderna parecesse inadmissível considerar uma questão radicalmente subjetiva (como o é a saúde, pelo menos no plano individual) como um potencial problema da ciência. Lembremos que a psicologia e a antropologia científicas ainda não haviam sido criadas,

as relações sociais, o inconsciente, os conteúdos simbólicos da cultura e da história não eram ainda objetos científicos, não se havia desenvolvido o método etnográfico.

Entretanto, já não se faz hoje a mesma clínica de antigamente (como, por exemplo, no tempo do jovem Canguilhem). A biotecnologia invade e devassa as moléculas, os tecidos, os órgãos, o corpo humano. Classificações diagnósticas, código genético e sistema imunológico cada vez mais se tornam objeto das ciências da informação. Cabe, portanto, uma palavra de cautela ante o construcionismo radical que perpassa a análise canguilhemiana que, parecendo ignorar a naturalidade da doença, torna-se fonte de uma reflexão abstrata incapaz de instrumentalizar uma crítica consistente em relação ao modelo médico hegemônico.

Modos de Saúde

Como se viu, as concepções biomédicas de saúde e as teorias sociológicas de saúde-doença de base funcionalista apresentam importantes limitações que reduzem o seu valor como referência conceitual para lidar com a multidimensionalidade do Complexo DME.

A sociologia médica funcionalista desenvolveu modelos processuais de determinação social da enfermidade que apenas tangencialmente permitem inferir a saúde como resultado de um processo cotidiano de construção de respostas sociais. A antropologia médica também nunca se propôs a definir uma categoria teórica chamada 'saúde', centrando-se nas especificidades etnográficas da noção de doença e seus correlatos. Apesar dos inegáveis avanços teóricos e metodológicos, ambas as perspectivas focalizaram as práticas curativas e, no que cabia, sempre definiram

saúde como ausência de doença. De fato, o pensamento originado na obra de Canguilhem realmente constitui um fundamento epistemológico de grande importância para o desenvolvimento de novas teorias sobre a saúde no campo da saúde coletiva (Coelho & Almeida-Filho, 1999).

A exploração preliminar de fundamentos epistemológicos da questão da saúde permite recuperar alguns elementos potencialmente úteis para a presente proposta:

1. Em acordo com a abordagem multivocal da antropologia interpretativa da saúde, a pluralidade dos discursos estruturados de base científica deve ser contemplada nesse processo, conformando descritores capazes de ordenar as possibilidade de referência empírica do conceito.

2. Em convergência com o posicionamento de Canguilhem, formas selecionadas do conceito de 'saúde' podem legitimamente constituir sua ontologia como objeto científico.

3. Respeitando o impasse apresentado por Gadamer, porém recuperando o seu argumento a respeito do caráter holístico da saúde, o objeto-modelo 'saúde' deverá incorporar um componente metassintético na sua construção, respeitando a sua integridade-totalidade.

4. Considerando a contribuição de Samaja, a aproximação construtiva da cientificidade da 'saúde' deverá contemplar as interfaces hierárquicas do campo, organizando as estruturas de explicação do conceito como objeto-modelo heurístico.

Com base nesta investigação sobre o conceito de saúde em diferentes discursos contemporâneos (Almeida-Filho, 2000b, 2001), identifiquei as seguintes questões de fundo, indicativas de problemas teóricos que demandam superação:

1. Como conceituar a saúde por meio dos planos de emergência dos fenômenos e processos que a definem concretamente? Será possível defini-la como um recorte único, por meio de uma teoria capaz de transmigrar dos níveis individual-singular aos níveis do coletivo-social?

2. Como absorver a noção intuitiva de saúde como ausência de doença em uma concepção positiva de saúde? E como articular essa incorporação nos distintos planos de emergência da saúde-doença?

3. Como avançar em direção a uma concepção positiva de saúde, contemplando a historicidade do conceito e a sua aplicabilidade como noção subsidiadora de processos de transformação da situação de saúde?

Considerando as definições de interfaces hierárquicas e planos de emergência e integrando as contribuições das ciências sociais aplicadas, conforme revisado, propus um esforço de especificação semântica e teórica do que se pode denominar de modos de saúde (Almeida-Filho, 2001). Conforme o Quadro 3, organiza-se a terminologia das categorias de não saúde postas à disposição das distintas ciências da saúde, apresentando ainda uma discriminação das diferentes definições de normalidade e saúde e seus potenciais descritores empíricos.

Quadro 3 – Planos de emergência e modos de saúde

Planos de emergência	Categorias de não saúde	Modos de saúde	Descritores
Subindividual	Patologia (*Pathology*)	Normalidade	Estado
Individual	Doença (*Disease*)	Saúde normal	Sinais e sintomas
	Transtorno (*Disorder*)		
	Moléstia (*Illness*)	Saúde privada	Sentimento
		Saúde individual	*Status*
Coletivo	Risco (*Risk*)	(1 – Risco)	Medida
	Morbidade (*Morbidity*)	Salubridade	Situação
	Enfermidade (*Sickness*)	Saúde social	Sistemas 'sspS'

Como todo esquema, trata-se de uma tentativa de representação necessariamente parcial e empobrecida de uma realidade rica e complexa. As distintas modalidades de saúde e as correspondentes categorias de não saúde são organizadas de acordo com planos hierarquizados de emergência:

- subindividual (sistêmico // tissular // celular // molecular);
- individual (clínico // privado);
- coletivo (epidemiológico // populacional // social).

Propõe-se aí um glossário de categorias de não saúde que, de certa maneira, incorpora e amplia a marcação semântica prelimi-

nar [doença-enfermidade-moléstia]. Note-se a categoria 'transtorno' (tomada como tradução para *disorder*), em nível equivalente à definição de doença no âmbito clínico (Almeida-Filho, 2001).

No Quadro 3, busca-se indicar descritores equivalentes ao nível e âmbito considerado. Assim, no nível subindividual, normalidade e doença (no sentido original canguilhemiano) correspondem ao descritor 'estado'. No nível individual, no âmbito clínico, à saúde normal corresponde doença (estrutural) e transtorno (funcional), tendo 'sinais e sintomas' como descritores.

Nos planos de emergência subindividual e individual, em qualquer nível de complexidade, o objeto saúde pode ser escrutinado mediante uma abordagem explicativa de base determinante, produtora de metáforas causais de alto grau de estruturação. Trata-se, nesse caso, de produzir (ou lapidar) algumas facetas parciais do objeto modelo saúde: o processo biomolecular nos sistemas normais ou o processo fisiológico sustentado nos sujeitos sadios em equivalência aos processos patológicos tal como manifestados no 'caso', ou no 'caso da doença'. A constituição do campo disciplinar da clínica em torno dessa faceta do objeto totalizado saúde-doença tem sido tratada tanto em termos históricos e epistemológicos quanto em termos praxiológicos (Almeida-Filho, 2000b).

A saúde privada, dentro da fenomenologia gadameriana, e a saúde individual, objeto de uma 'epidemiologia do modo de vida', referem-se à categoria 'moléstia', conforme a distinção proposta pela linhagem Susser-Kleinman-Young. Note-se que, em cada um desses casos, os descritores mostram-se em certo sentido antagônicos: '*status* de saúde' como intenção de objetivar o modo individual de saúde e 'sentimento de saúde' como

forma íntima, particular, irredutível à publicização, do modo privado de saúde.

No Quadro 3, é possível também situar a perspectiva epidemiológica convencional (a epidemiologia dos fatores de risco), fundada segundo uma lógica indutiva de base probabilística (Almeida-Filho, 2000b). Nessa perspectiva, o objeto saúde-doença é aí reproduzido como um conceito específico, com modelos de produção de riscos com base na ação direta ou na interação de fatores de risco. No âmbito epidemiológico das análises de risco, descritores quantitativos como, por exemplo, medida (taxas, coeficientes) podem dar conta do contradomínio do subconjunto doentes, equivalente ao resíduo da morbidade populacional.

A noção de saúde pública do velho Canguilhem, que se pode denominar 'salubridade', em contraste com a ideia de morbidade do discurso sanitarista tradicional, poderá ter como um eficiente descritor a 'situação de saúde'. Finalmente, os modos de 'saúde social', equivalentes ao conceito de enfermidade da antropologia médica interpretativa, poderiam ser abordados por meio dos sspS de Bibeau-Corin. De fato, a teoria dos sspS abre a possibilidade de se incorporar a doença no próprio conceito de saúde, na medida em que vê a experiência da doença como uma forma de estruturação da representação social da saúde por meio da construção da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo (Almeida-Filho, 2001).

Saúde — objeto plural

Como vimos, algumas abordagens rigorosas, porém parciais, dos conceitos de normalidade e saúde, ao enfatizar níveis de análise individual e subindividual, terminaram por reduzir o alcance

das suas contribuições. Não obstante as limitações e críticas apontadas, todo esse esforço representa uma incalculável contribuição no sentido de avançar o processo teórico da saúde. Neste capítulo, pudemos considerar brevemente o potencial heurístico acumulado nas interfaces entre as ciências sociais e as ciências da saúde. Daí terem-se identificado alguns fundamentos iniciais e indispensáveis para a formulação de uma proposta de sistematização do problema conceitual da saúde.

Axiomaticamente, sabemos que o domínio fenomênico definido como campo empírico por uma dada ciência não se apresenta na forma de um monólito; estrutura-se em níveis de ancoragem (para usar uma expressão de Samaja, 2007), seguindo ordens hierárquicas de complexidade, com graus variados de especificidade a depender do objeto de investigação. No caso de organismos biológicos comumente designados como 'seres humanos', uma das vertentes dessa ordem superpõe-se a outras ordens possíveis, como por exemplo a ordem simbólica: organismo-grupo-população-ambiente pode significar sujeito-família-sociedade-cultura. Acompanhando Samaja, chamemos à primeira de ordem hierárquica biodemográfica, e à segunda de ordem hierárquica sociocultural. Nessa linha, demonstramos que os conceitos de saúde-doença variam de acordo com as ordens hierárquicas de complexidade que operam nos distintos planos de ocorrência dos fenômenos da enfermidade na sociedade.

A noção de que o conceito de saúde se refere a um objeto plural, mutante, relativo e não ontológico rigorosamente não é original. Friedrich Nietzsche, já em 1882, na sua obra-prima *A Gaia Ciência*, escreveu o seguinte:

> Pois *não existe uma saúde em si*, e todas as tentativas de definir tal *coisa* fracassaram miseravelmente. Depende de seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para seu corpo. Assim, *há inúmeras saúdes* do corpo. (Nietzsche, 2001: 144 – grifos meus)

O grande filósofo alemão compôs esse argumento como justificativa para uma reflexão sobre a saúde da alma, visando à superação de uma medicina moral, na busca da 'grande saúde', 'uma nova saúde', 'um novo meio para um novo fim'. Evidentemente sem concordar com a solução neossocrática, radicalmente individual, quase intimista, enfim apolítica, do problema político da saúde, devemos reconhecer e valorizar o *insight* nietzschiano.

Em conclusão, a principal proposição deste capítulo é que não se pode falar da saúde no singular, e sim de várias 'saúdes', a depender das ordens hierárquicas, dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados. Para estudar com rigor e eficiência teórica esse conceito plural de saúde, temos que considerar o potencial heurístico acumulado nas interfaces entre as ciências sociais e as ciências da saúde. Penso que aí será possível encontrar algumas condições objetivas para a formulação de uma proposta de metassíntese do problema científico da saúde.

Conclusão

Em julho de 2011, o *British Medical Journal* (BMJ) publicou editorial sobre os limites da definição de saúde da OMS, propondo que conceitos positivos dessa ordem deveriam ser substituídos por uma definição relativa de saúde como "capacidade de adaptação e autogestão em face de desafios sociais, físicos e emocionais" (Huber *et al.*, 2011). De repente, as implicações filosóficas, científicas, políticas e práticas da saúde como conceito parecem retornar como tema central na agenda de pesquisa. Todavia, devido ao bloqueio epistemológico e consequente subdesenvolvimento conceitual dos campos de conhecimento básico, clínico e epidemiológico, pesquisadores e *experts* não têm sido capazes de produzir referenciais teóricos e metodológicos consistentes e eficazes sobre a questão da saúde.

De fato, nas disciplinas que constituem o chamado campo da saúde, observa-se flagrante desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde. A esse respeito, Jadad e O'Grady (2008) realizaram uma pesquisa *Medline* com os termos 'Organização Mundial da Saúde', 'saúde' e 'definição', que rendeu pouco mais de duas mil citações entre 1950 e 2008, com menos de vinte publicações referidas especificamente ao conceito de saúde. Em contraste, constata-se facilmente enorme concentração de esforços no sentido de produzir modelos biomédicos de patologia, doença, enfermidade ou agravo, com forte inspiração mecanicis-

ta ou, no máximo, sistêmica, que, ao enfatizar os níveis de análise individual e subindividual, terminam por reduzir o alcance das suas contribuições.

Mais útil nesse sentido, embora ignorada pela literatura científica dominante, certamente é a contribuição de filósofos e cientistas sociais. As obras de Georges Canguilhem e Michel Foucault, Cristopher Boorse e Lennart Nordenfeld, Talcott Parsons e Arthur Kleinman, Juan Samaja e Sadegh-Zadeh devem definitivamente ser recuperadas para ajudar a compreender a complexidade e a riqueza, bem como a aplicabilidade da saúde como conceito científico. Foi isso o que tentamos realizar com este pequeno e despretensioso livro. Neste capítulo final, apresento uma síntese dessa primeira (e provisória) aproximação ao problema da definição teórica da saúde.

Iniciamos nosso percurso avaliando criticamente o recorte temático dos fenômenos da saúde-doença. Nesse sentido, está fora de questão assumir de modo ingênuo que populações humanas constituem mero somatório de indivíduos que, por sua vez, não passam de conjuntos funcionais de órgãos e sistemas, formados por tecidos diferenciados compostos por microusinas bioquímicas chamadas células, enfim constituídas de moléculas. Nessa referência quase caricata do reducionismo, a definição de saúde-doença será simplória: defeito na estrutura molecular de células, com lesão no nível tissular, resultando em alteração de função de órgãos e sistemas, produzindo patologia, expressa objetivamente como sinais e sintomas em indivíduos que, acumulando-se aditivamente em grupos doentes, conformam a morbidade nas populações.

Cada um dos campos disciplinares da biologia humana aplicada parece reivindicar para seu objeto a hegemonia do nível

de ancoragem definidor do objeto saúde-doença. A biologia molecular toma o genoma e o proteoma como únicos temas válidos de pesquisa, argumentando que todos os outros níveis de processos patológicos derivam desses sistemas básicos de reprodução molecular e bioquímica. A histopatologia e a imunopatologia reivindicam a centralidade do nível tissular ou intrassistêmico na causalidade da patologia, uma vez que as lesões e alterações constituem concretamente as causas de sinais e sintomas que definem objetivamente o que é doença. A fisiopatologia, explicitamente instituída como a ciência de base da clínica, prefere invocar modelos de mecanismos regulatórios ou desequilíbrios patológicos para explicar a causalidade das doenças e assim dominar o objeto de conhecimento. Nesse caso, cada campo disciplinar reduz os outros campos e níveis ao seu próprio objeto e método, apresentando-se como a única ciência com poder explicativo suficiente para produzir conhecimento cientificamente válido.

Uma aproximação a esse problema com mais consciência epistemológica pelo menos dirá que o objeto 'doença' é plural ou multifacetado, sendo simultaneamente defeito, lesão, alteração, patologia, doença, risco, dano, enfermidade. Nessa alternativa, encontra-se implícito o reconhecimento da contribuição potencial de outros campos científicos. Entretanto, por um lado, não se resolve ainda assim o problema da fragmentação do conhecimento na medida em que cada um dos níveis termina sendo território dominado e isolado como reserva de mercado intelectual de um dos campos disciplinares. Por outro lado, essa abordagem aparentemente 'liberal' mal esconde uma tendência à busca de hegemonia científica, no sentido de que cada campo aceita a contribuição do conhecimento de outro campo discipli-

nar sobre outro nível de ancoragem somente se este se apresentar de modo subordinado, ou seja, colonizado.

Consideramos em seguida iniciativas no sentido de aperfeiçoar formas de mensuração de uma certa 'síndrome da saúde', como se viável fosse o projeto de lidar com saúde como mera ausência de doença. Abordamos criticamente a proposta teórica e metodológica de uma 'sanometria', apontando seus impasses e limites. Concluímos que as proposições mais atuais e aparentemente mais sofisticadas, como as estimativas da 'qualidade de vida relativa à saúde' e à abordagem da carga global de doença, não passam de medidas da doença e seus efeitos (incapacidade e mortalidade). Em qualquer dos casos, o desenvolvimento teórico e principalmente metodológico necessário para formalizar e aplicar essas propostas na análise de situações concretas de saúde ainda se mostra insuficiente. Mas pelo menos se pode reconhecer um movimento consistente no sentido de definir pragmaticamente (ou quiçá trivialmente, diria um crítico mais rigoroso) saúde como vida com saúde, ou seja, anos vividos com funcionalidade produtiva e social.

Prosseguimos para demonstrar que, como todos os objetos significativos nas formações sociais do capitalismo, também os sentidos da saúde têm sido objeto de disputa em relação a distintos modos de valoração. Numa vertente politicamente conservadora, na forma de procedimentos, serviços e tecnologias, fatos e atos de saúde têm sido apropriados como mercadoria (segundo muitos, indevidamente), com valor de uso e valor de troca definidos num mercado peculiarmente estabelecido. Nesse sentido, alguns economistas indicam tratar-se de um pseudomercado, uma vez que o consumo desses bens e serviços não se

exerce plenamente, além de não implicar submissão às leis econômicas de oferta e demanda.

Em outra vertente, politicamente antagônica ao modelo liberal da sociedade política, organizada por analogia ao mercado, pode-se falar que a saúde porta valores de vida, manifestos como direitos sociais, parte da cidadania global contemporânea. Nesse caso, impõe-se defini-la como serviço público ou bem comum, em tese acessível igualmente a todos e todas, nas sociedades democráticas. Nesse sentido quase utópico, a saúde se apresenta como uma meta inalcançável, um valor ideal, equalizador de sujeitos numa arena política em que conflitos decorrentes das diferenças de interesses e capital simbólico se mostram atenuados. Por esse motivo, é quase impossível diferenciar o debate da saúde como valor da problemática das iniquidades sociais em saúde.

Como vimos, a principal proposição deste livro é que não se pode falar da saúde no singular, e sim de várias 'saúdes', na pluralidade devida e na riqueza de perspectivas conceituais e metodológicas, a depender dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados.

O objeto de conhecimento dos campos disciplinares que constituem o chamado campo da saúde tem sido definido de modo flagrantemente inadequado. Nesse engano, valoriza-se apenas a ordem hierárquica biodemográfica, negando-se qualquer função heurística à ordem hierárquica sociocultural. Entretanto, uma abordagem totalizadora e respeitosa da complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte buscará integrar ambas as ordens hierárquicas na construção do objeto doença-saúde. Como ponto de partida, portanto, precisamos de

um tratamento teórico-metodológico efetivamente transdisciplinar, tomando como base a perspectiva da complexidade.

Nessa etapa ainda preliminar de exploração e formulação teórica, não tenho dúvidas de que devemos buscar construir uma nova família de objetos. Objetos-modelos que não se definem pelos seus componentes, princípios funcionais e dimensões, que não se mostram vulneráveis a processos de produção de conhecimento pela via da fragmentação (Almeida-Filho, 2000b, 2001). Portanto, objetos infensos a processos analíticos. Para a modelagem de tais objetos indisciplinados, precisamos conceber modelos sintéticos tendentes a um novo grau de ascensão formal para se tornarem objetos metassintéticos, construídos para referência (e por referência) aos fatos produzidos pelas chamadas ciências da saúde.

Antes de concluir, cabem duas questões à guisa de justificativa global do presente texto: por que não adotar a perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença, como quase todos têm feito, em vez de construir um conceito de saúde positiva? Por que não propor uma teoria unificada, e sim uma teoria geral da saúde?

A primeira questão revela importantes consequências práticas e teóricas. Vejamos primeiro o lado prático dessa questão. Não é intuitivamente fácil propor intervenções em um vazio, visando a transformar situações que determinam ausências, potências ou virtualidades. Para consolidar a resistência e a resiliência dos sujeitos em relação ao Complexo DME, ampliando o que tem sido denominado capital social, a fim de reforçar os laços humanos que no cotidiano produzem a qualidade de vida, enfim, efetivamente realizar a tão decantada promoção da saúde, precisamos de um construto teórico específico para designar a saúde.

Tal projeto implica construir um objeto-modelo positivo de conhecimento e de intervenção e não um objeto negativo, mero resíduo conceitual de modos de explicação da vida biológica e social que se baseiam em seu inverso lógico (Almeida-Filho, 2001).

A perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença, apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos a vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Do mesmo modo que o todo é sempre mais que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional. Realmente, não encontro qualquer base lógica para uma definição negativa da saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo, mesmo em suas versões aparentemente mais avançadas e completas.

No nível coletivo, com menos propriedade ainda se pode falar em uma definição negativa de saúde. Podemos declarar (com algum esforço retórico) que certo indivíduo é sadio porque nele não encontramos sinais de doença, ou que um dado tipo de comportamento é saudável na medida em que não constitui fator de risco para alguma enfermidade. Mas o que seria uma família sadia ou uma cidade saudável? Certamente, ao indicar exemplares de uma ou outra condição, não estaremos falando de um grupo familial formado por indivíduos livres de enfermidade ou de uma comunidade em que ninguém morre ou adoece.

A segunda questão intriga também outros campos científicos contemporâneos. Há uma diferença básica entre teoria unificada e teoria geral. A primeira se postula como forma global de expli-

cação exclusiva e totalizante, válida para todos os níveis e contextos. Por sua vez, uma teoria geral implica modos alternativos de compreensão, respeitando a complexidade dos objetos e a pluralidade das distintas aproximações científicas de um problema interdisciplinar.

Da crítica epistemológica aqui exposta, de grande valia para estabelecer a centralidade do problema dos níveis de complexidade e dos planos de emergência, resulta que os fenômenos da saúde-doença não podem ser definidos como essencialmente uma questão coletivo-epidemiológica, clínica-individual ou biológica-subindividual. Os objetos da saúde são polissêmicos, plurais, multifacetados, simultaneamente modelos ontológicos e heurísticos capazes de transitar (e serem transitados) por instâncias e domínios referentes a distintos níveis de complexidade. Para dar conta dessa modalidade de objetos de conhecimento, será certamente mais adequado perseguir a construção de uma teoria geral da saúde (Almeida-Filho, 2001).

Na expectativa de avanço e aprofundamento do debate conceitual no campo das práticas de saúde, qualquer projeto consequente de transformação da situação de saúde das populações necessariamente deve requerer conceitos destacados pela diversidade de sua extração teórica e métodos caracterizados pela pluralidade das técnicas de investigação e análise. Somente dessa maneira poderemos alcançar uma compreensão totalizadora dos sistemas históricos e uma formulação de práticas discursivas e operativas efetivamente capazes de interferir no espaço coletivo da saúde.

Para remover o incômodo ponto cego objeto e hipótese deste livro, teremos que realizar um imenso investimento de formu-

lação teórica (Almeida-Filho, 2000a). Não tenho dúvidas de que o problema conceitual da saúde-doença-cuidado compreende objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se definem em sua configuração total, já que a apreensão de cada um dos seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade desse objeto. Nessa etapa ainda preliminar, será necessário produzir esquemas explicativos metassintéticos ancorados na realidade concreta de saúde. Mas será esse esforço suficiente para fazer-nos enfim enxergar ponto cego?

Neste ensaio, pretendi avançar para um tratamento epistemológico mais rigoroso desse intrigante ponto cego, potencial para uma nova definição de saúde-doença em sociedades concretas, buscando produzir reflexões e indicações conceituais e metodológicas capazes de enriquecer a pesquisa e a prática no campo da saúde. No contexto de consolidação de um sistema de saúde mais justo e equânime no país, agora é um momento crucial para a inserção institucional de tão rico e estratégico conjunto organizado de práticas individuais e coletivas no campo da saúde. Será fundamental, nesse percurso, uma postura crítica capaz de explicitar implicações e determinações políticas e econômicas da produção do conhecimento científico e das transformações históricas dos processos relativos a vida, saúde, sofrimento e morte nas sociedades humanas.

De modo orgânico, no Brasil, temos avançado na construção de um espaço-processo-movimento de conhecimento e produção de práticas sociais focado nesse recorte múltiplo (epistemológico e histórico) do objeto saúde, que pode configurar um novo paradigma que chamamos de saúde coletiva. Enquanto a saúde pública institucionalizada, presa ao paradigma mecanicista carte-

siano, refém da regulação governo-mercado, aliena-se da sociedade e das comunidades, a saúde coletiva apresenta-se como um novo paradigma (quiçá um campo social aberto a novos paradigmas), empenhado numa luta contra-hegemônica pela emancipação das populações oprimidas por estruturas reprodutoras de desigualdade econômica, dominação política e alienação social.

Abrir esse leque de questões e avançar nos debates provocados por esse exercício de problematização foi a pretensão deste pequeno livro.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3): 4-20, 2000a.

ALMEIDA-FILHO, N. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000b.

ALMEIDA-FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 753-770, 2001.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, 33: 349-370, 2009.

ALMEIDA-FILHO, N. & JUCÁ, V. J. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 879-889, 2002.

ALMEIDA-FILHO, N. & COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 17(1): 95-137, 2007.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Abril Cultural, 1985. (Coleção Os Pensadores).

BIBEAU, G. & CORIN, E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. *In*: CHAREST, P.; TRUDEL, F. & BRETON, Y. (Orgs.). *La Construction de l'Anthropologie Québécoise*. Québec: Presses de l'Université Laval, 1994.

BOORSE, C. A rebuttal on health. *In*: HUMBER, J. & ALMEDER, R. (Eds.) *What is Disease?* New Jersey: Humana Press, 1997.

BOURDIEU, P. O campo científico. *In*: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu*. 1. ed. São Paulo: Ática, 1983. (Coletânea Grandes Cientistas Sociais, 39).

BOURDIEU, P. *A Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo, Porto Alegre: Edusp, Zouk, 2007.

BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

CANGUILHEM, G. *La Santé: concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Sables, 1990.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico* [1943]. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

COELHO, M. T. & ALMEIDA-FILHO, N. Normal-patológico, saúde--doença: revisitando Canguilhem. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 9(1): 13-36, 1999.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica* [1966]. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. *Cadernos Cefor – Textos 1*, 1992.

GOOD, B. *Medicine, Racionality, and Experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, 1994.

HUBER, M. *et al*. How should we define health? *British Medical Journal*, 343: d4163, 2011. Acesso em: 12 ago. 2011.

JADAD, A. R. & O'GRADY, L. How should health be defined? *British Medical Journal*, 337: a 2900, 2008. Disponível em: <www.bmj.com/cgi/content/full/ 337/ dec10_1/a2900>. Acesso em: 12 ago. 2011.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw--Hill, 1976.

MURRAY, C. L. & LOPEZ, A. *The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

NIETZSCHE, F. *A Gaia Ciência*. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NORDENFELD, L. *On the Nature of Health: an action-theoretic approach*. New York: Kluwer Academic Publishers, 1995.

PAIM, J. & ALMEIDA-FILHO, N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

PLATÃO. *A República*. Trad. Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 2004.

SAMAJA, J. *Epistemologia de la Salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar, 2007.

SEN, A. *Desigualdade Reexaminada* [1992]. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SOUSA SANTOS, B. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Editora Cortiz, 2000.

WILLIAMS, A. QALYs and ethics: a health economist's perspective. *Social Science and Medicine*, 43(12): 1.795-1.804, 1996.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285, 1982.

Sugestões de Leituras

ALMEIDA-FILHO, N. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Este livro narra, em paralelo, a trajetória de formação científica e metodológica do autor e sua descoberta gradativa da importância da problemática epistemológica e teórica para a construção histórica da epidemiologia como ciência da saúde.

AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista*. São Paulo: Unesp, Fiocruz, 2003.

Trata-se da publicação da tese de doutorado do famoso sanitarista Sergio Arouca, pioneiro nos estudos de Canguilhem e Foucault no Brasil. Analisa a emergência dos principais movimentos ideológicos no campo da saúde no Brasil, com especial foco na ideologia preventivista.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico* [1943]. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

Este é um dos maiores clássicos da literatura filosófica contemporânea sobre os conceitos de saúde, normalidade, patologia e doença, estruturado com base na análise histórico-epistemológica da ideologia médica da primeira metade do século XX, avaliando suas formas de produção de saber sobre o corpo humano, seus processos patológicos e os modos de intervenção por ela justificados cientificamente.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica* [1966]. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

Este livro analisa uma revolução nas práticas sociais de cuidado à saúde que, em países da Europa Ocidental, já na passagem para o século XIX, foram institucionalizadas com o nome de medicina; nesse movimento, o médico, antes um catalogador de doenças e mero espectador da evolução do mal, passa a experimentar novas estratégias tecnológicas para perscrutar o corpo doente e nele intervir, o que resulta no nascimento da clínica médica.

PAIM, J & ALMEIDA-FILHO, N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.* Salvador: Casa da Saúde, 2000.

Pequeno volume sobre a crise de paradigmas no campo da saúde pública institucionalizada, refém da regulação de Estados e governos, enquanto o movimento da saúde coletiva apresenta-se como um campo aberto a novos paradigmas numa luta contra-hegemônica a favor da emancipação social.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1): 29-41, 2007.

Neste artigo, os conceitos de saúde e doença são analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a centralidade no imaginário social das ideias sobre a área da experiência humana em que ocorrem os fenômenos da saúde-doença-cuidado.

Formato: 12,5 x 18 cm
Tipologia: Letter Gothic e Garamond
Papel: Off Set 75g/m2 (miolo)
Cartão Supremo 250g/m2 (capa)
CTP, impressão e acabamento: Imo's Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, outubro de 2011

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a Editora Fiocruz:
Av. Brasil, 4036 – térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora